



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KIRSAL MAHALLELERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ: BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

**Dr. Rukiye ÇAKIR**

**UZMANLIK TEZİ**

**Bursa-2017**



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KIRSAL MAHALLELERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ: BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

**Dr. Rukiye ÇAKIR**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr. Kayıhan PALA**

**Bursa-2017**

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
ÖZET .....	i
SUMMARY .....	iii
GİRİŞ .....	1
Genel bilgiler:.....	3
Sağlık hizmetleri .....	3
Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	4
Dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri .....	5
Amerika .....	5
Birleşik Krallık .....	5
Almanya .....	5
Fransa .....	6
Kanada .....	6
Küba .....	6
Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri.....	6
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulama özellikleri ve değerlendirilmesi.....	10
1-İlk başvuru hizmeti (First contact care).....	11
2-Süreklilik (Longitudinality).....	12
3-Kapsayıcılık (Comprehensiveness) .....	14
4-Eşgüdüm (Coordination) .....	18
GEREÇ VE YÖNTEM .....	19
Araştırma tipi.....	19
Araştırma bölgesi.....	19
Araştırma evreni .....	21
Araştırma örnekleme.....	21
Araştırma değişkenleri .....	23
Bağımlı değişkenler .....	23
Bağımsız değişkenler .....	24

Veri toplanması.....	25
Veri çözümlenmesi .....	26
Araştırmanın etik izni .....	27
Araştırmanın işgücü ve finansmanı.....	28
Araştırmanın zaman çizelgesi.....	28
<b>BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
Sosyodemografik özellikler .....	29
Araştırmaya katılanların algılanan sağlık, engellilik ve kronik hastalık durumu .....	46
Sağlık hizmeti kullanımında ilk başvuru ve etkileyen etmenler .....	63
Katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk tercih edeceklerini bildirdikleri sağlık kuruluşu.....	63
Katılımcıların en son ve bir önce sağlık hizmeti almak için başvurdukları sağlık kuruluşu.....	68
Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru durumu.....	74
Hasta olmadığı halde bir sağlık kuruluşuna başvuru .....	77
Acil servise başvuru.....	78
Diş hekimine başvuru .....	79
Hastanede yatış.....	80
Son bir yılda karşılanmamış tıbbi gereksinim .....	82
Sağlık hizmeti kullanımında süreklilik ve etkileyen değişkenler .....	84
Katılımcıların aile hekimine kayıt olmalarını bilme durumu .....	84
Katılımcıların aile hekimlerini bilme durumu .....	86
15 yaş ve üstü katılımcıların aile hekimlerinin mahalleye ziyaretini bilme durumu .....	89
Katılımcıların sağlık hizmeti almak için aile hekimini kullanmış olma durumları .....	91
Katılımcıların son iki başvurusunu aile hekimine yapmış olma durumu (Olağan hizmet sunucu sürekliliği).....	95
Katılımcıların aile hekiminden hizmet alma özellikleri ve memnuniyetleri .....	96
Sağlık hizmeti sunumunun kapsayıcılığı ve etkileyen değişkenler .....	103
Aile hekimine başvurmuş katılımcıların aile hekimine başvuru nedenleri .....	103
Aile planlaması hizmetleri.....	105

Gebelik öncesi, gebelik ve lohusalık bakımı .....	108
Son altı yılda doğan bebek ve çocukların izlem ve aşıları .....	111
Kanser taraması .....	112
Veremle savaş.....	114
Erişkin bağışıklama .....	114
TARTIŞMA.....	115
Araştırma bölgesinin sosyodemografik özellikleri .....	115
Katılımcıların sağlık hizmeti kullanımı .....	121
Araştırmanın sınırlılıkları .....	135
Araştırmanın güçlü yanları .....	135
SONUÇ .....	136
KAYNAKLAR .....	137
EKLER .....	145
TEŞEKKÜR.....	159
ÖZGEÇMİŞ.....	160



## ÖZET

Kesitsel tipte yapılmış olan bu araştırmada amaç; Bursa ili kırsal mahallelerinde sağlık hizmetlerinin kullanımını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetleri kullanımı içindeki yerini ve Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında kırsal alanda birinci basamak yapılanmasının etkinliğini değerlendirmektir. Araştırmanın evrenini Bursa ili kırsal mahallelerinde yaşayanlar oluşturmaktadır. Çalışmaya 1648 kişi katılmıştır.

Kırsal mahallelerde yaşayanların bağlı olduğu aile sağlığı merkezlerinin (ASM) ortalama uzaklığı 14,60 (%95 G.A: 10,70-18,77) kilometredir. Beş mahallede devlet hastanesi, aile sağlığı merkezinden mahalleye daha yakındır.

Katılımcılar sağlık hizmeti almak için ilk sırada devlet hastanesini (%44,5), ikinci sırada ise aile hekimini (%39,4) tercih etmektedir. ASM'ye 30 dakikadan fazla sürede ulaşılabilen mahallelerde ilk başvuru yeri olarak ASM tercihi azalmaktadır ( $p<0,05$ ). 65 yaş ve üzeridekiler ile dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanlar aile hekimlerine başvuruyu daha az tercih etmektedir ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların %28,9'u aile hekiminin, %80,1'i ise aile sağlığı elemanının adını bilmemektedir. Aile hekimine kişi başı ortalama başvuru sayısı yılda 2,24 ve toplam sağlık kuruluşuna başvuru sayısı 4,52'dir. Katılımcıların %12,5'inin son bir yılda tıbbi gereksinimleri karşılanamamıştır.

Katılımcılardan 522 kişinin (%31,6) en az bir kronik hastalığı vardır ve ASM'ye ulaşma süresi 30 dakikadan daha az olan hastaların kronik hastalıklarının takip edilme oranı daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Kolon kanseri taraması oranı %15,7; meme kanseri (mamografi) %26,3 ve servix kanseri taraması oranı %25,0'dır.

Bu çalışmada, aile hekimliği modelinin kırsal alanda ilk başvuru yeri, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm açısından beklenen etkinliği sağlayamadığı gösterilmiştir. Kırsal alanda sunulan birinci basamak hizmetleri yetersizlikleri gidermek üzere yeniden düzenlenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak sağlık hizmeti, kırsal alan, Sağlıkta Dönüşüm Programı, aile hekimi, aile sağlığı elemanı.





## SUMMARY

### **Evaluation of Primary Health Care Services in Rural Areas: Example Of Bursa Province**

This cross-sectional study aimed to evaluate the health care utilization in the rural areas of Bursa, place of primary health care services in health care utilization and efficacy of the structuring of primary health care in rural areas after the Health Transformation Program. The sample of the research included the people living in the rural areas of Bursa. A total of 1648 people participated in the study.

The mean distance of the family medicine centres (FMC) to which people living in rural areas were affiliated was 14,60 (95% CI: 10,70-18,77) kilometers. The state hospital was closer than family medicine centre in five districts.

The participants initially preferred the state hospital (44,5%) and then family physician (39,4%) to get health services. As the first admission place, the preference of FMC was reduced in the districts where access to FMC took more than 30 minutes ( $p < 0,05$ ). Those who were aged 65 years or older and who were widow / divorced / living separated from her/his spouse preferred to admit to family physicians less frequently ( $p < 0,05$ ).

Of the participants, 28,9% did not know the name of the family physician and 80,1% did not know the name of the medical staff in the family medicine centre. The mean number of applications to family physician per person was 2,24 per year and the total number of applications to health facilities per person was 4,52. The medical needs of 12,5% participants could not be met in the last year.

Of the participants, 522 (31,6%) had at least one chronic disease, and the follow-up ratio of the chronic diseases was higher for the patients whose access time to FMC was less than 30 minutes ( $p < 0,05$ ). The screening rate

was 15,7% for colon cancer, 26,3% for breast cancer (mammography) and 25,0% for cervix cancer.

This study demonstrated that family practice model could not provide the expected efficacy in terms of being first admission place, sustainability, comprehensiveness and coordination. Primary health care services in rural areas should be reorganized in order to make up the deficiencies

**Keywords:** Primary health care service, rural area, health transformation program, family physician, family healthcare member.



## GİRİŞ

Sağlık, 1978'de Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konferansında vurgulandığı üzere ırk, din, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetmeksizin doğuştan kazanılan temel bir hak (1), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımladığı üzere; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (2). Bir toplumun sağlığı, herkes için özellikle de daha zayıflar için, sağlıklı ortamı sağlayan, hazırlayan ve koşulları yaratan politikalara bağlıdır (3). Bu bağlamda, toplumdaki her bireyin sağlıklı olabilmesi için öncelikli olarak barışçıl bir ortamda yaşaması, uygun düzeyde eğitim almış olması, yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmesi, yeterli gelire sahip olması, çevresel koşulların uygun olması, yönetimlerin sosyal adalet ve eşitlik ilkelerine uygun davranması gerekmektedir (4).

Eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir (5). Asthana ve Gibson (2008) eşitliği hem sağlık hem de sağlık hizmeti açısından tanımlamıştır. Sağlık eşitliği, sağlıklı olma olanağı açısından eşitlik (6). İdeal olarak, sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır (7).

Sağlık Hizmetlerinde eşitlik; eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, kullanım ve herkes için eşit kalitede hizmet olarak tanımlanır (8). Aslında sağlık hizmetlerinde eşitliği eşitsizlik üzerinden de tanımlamak mümkündür ki burada Hart'ın (1971) "sağlık hizmetinin ve sağlıkla ilgili diğer kaynakların erişilebilirliği toplumun gereksinimi ile ters orantılıdır" şeklinde ifade ettiği "Tersine Hizmet Yasası" önemli bir yol göstericidir. Hart'ın yasası mahrumiyet bölgelerinde ve toplumun en yoksul kesimlerinde kendisini kanıtlar (6).

Hizmetlere ulaşılabilirlikte eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ülke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun, kırsal

bölgelerde ise daha az olmak üzere dengesiz dağıldığında ortaya çıkar (9).

Eşitsizliklerle mücadelede sağlık sistemlerinin en önemli aracı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH)'dir. Toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile BBSH'nin sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında çok etkili olduğu gösterilmiştir (10). Güçlü birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerde toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verilebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlanacağı ve sağlık harcamalarının daha maliyet etkin olacağı ön görülmektedir (11,12). Birinci basamağa erişimin önündeki engellerin kaldırılması, sürekli ve kapsayıcı hizmet sunumunun sağlanması ile sosyal eşitsizliklerin bazı olumsuz etkileri de azaltılabilir (13–15).

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar dünyanın tüm ülkelerinde sürmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin hiç birinde sağlık sorunlarının tamamen çözüldüğü söylenememekle birlikte hemen hepsinde uzun süreli, kararlı reform çalışmaları olduğu açıklanmaktadır (16). Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan ve 2000 yılı sonrası hız kazanan sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma çalışmaları ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumunda köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir (17). Özellikle 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık alanında önemli değişikliklere yol açmıştır.

## **Genel bilgiler:**

### **Sağlık hizmetleri**

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, muayene ve tedavi edilmesi, bedensel, ruhsal yetenekleri azalanların kendi kendilerine yeterli hale getirilmesi için gösterilen tıbbi çabaların tümüne “Sağlık Hizmetleri” denilmektedir (18). Sağlık hizmetleri; kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyen ya da sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü olarak da ifade edilebilir (19).

Sağlık sistemlerinin iki temel amacı nitelikli hizmet sunmak ve eşitliği sağlamaktır. Ülkeler, sağlık hizmetlerini örgütlerken bir yandan en son tıbbi bilgileri kullanarak toplumun sağlığını geliştirmeyi, öte yandan sağlık hizmetlerine ulaşmada toplum grupları arasındaki farklılık ve eşitsizlikleri en aza indirmeyi hedeflemelidir (20).

Sağlık hizmetlerinin temelini, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içeren birinci basamak hizmetler oluşturmaktadır. Toplumun sağlığını geliştirmek, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli, kapsayıcı ve ulaşılabilir olması temel koşuldur (21).

Sağlık hizmetlerinin birinci amacı ve sağlık personelinin temel sorumluluğu, kişilerin sağlıklı yaşamaya devam etmelerini sağlamak ve hasta olmamaları için çalışmaktır (22). Toplumun gelecekteki sağlığını belirleyecek olan koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin sağlığı geliştirmeye olan katkılarının açıklanması ve ortaya konması gerekir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin yapısal ve sürece ilişkin özelliklerinin ölçülebilmesi önemlidir (23).

Tedavi hizmetleri üç basamaklı bir örgüt tarafından yürütülür. İlki birinci basamak (ayakta ve evde tedavi) sağlık hizmetidir. Bu basamakta hizmet sunanlar, kişilerin yerleşim yerlerine kolayca erişebilecekleri şekilde yayılmış olmalıdır. Bu basamaktaki hekimler hastanede muayene ve tedavi edilmesi gereken hastaları seçerek ikinci basamağa (hastaneler) gönderirler. Üçüncü

basamak ise yüksek teknolojinin gerektiği uygulamaların yapıldığı kurumlardır (24).

### **Birinci basamak sağlık hizmetleri**

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bir sağlık sisteminin bireylerin tüm gereksinimlerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, çok az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, tüm yaşam boyu devam eden ve uzun erimli ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan hizmetler bütünüdür (20).

Alma Ata Deklarasyonunda, birinci basamağın başvuru için ilk ilişki kurulacak kademe olması nedeniyle, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerin olabildiğince yakınına getirilmesi ve sağlık hizmeti sürekliliğinin sağlanması gerekliliğine dikkat çekilmiştir (1). Birinci basamak tedavi hizmetlerinin gerçekleşmesi için sağlık hizmetinin halkın yaşamış olduğu en uç noktalara gitmesi gerekmektedir. Bu durumda nüfusun yoğun yaşamış olduğu halkadan başlayarak daha az yoğunlukta yaşayan geniş daireye kadar planlı, programlı bir şekilde örgütlenmelidir. Birinci basamak tedavi hizmetleri gezici sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini gerektirir. Tedavi edici sağlık hizmetleri yalnızca aile sağlık merkezlerinde, verem savaş dispanserleri vb. yerlerde verilmemeli aynı zamanda bina dışında, toplu yaşanan yerlerde de verilmelidir (25).

Birinci basamak sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikleri yerine getirebiliyor olması ve sağlık hizmet yapılanmasının da bu durumu desteklemesi halinde, bir toplumda kişilerin sağlık hizmet ihtiyacının %75-85'i birinci basamakta çözülebilir. Bu anlamda birinci basamak güçlü bir sağlık sisteminin temel taşıdır. Ancak politika yapıcılar ve halk, birinci basamağın birey ve toplum sağlığındaki rolünü ve bugünün sağlık düzeyindeki etkisini yeterince bilmemektedir (26).

## **Dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri**

### **Amerika**

Birinci basamak sağlık hizmetleri özel çalışan aile hekimleri tarafından sağlanır. Aile hekimlerinin daha ileri bir sağlık bakımı için hastane seçme veya sevk etme fonksiyonu yoktur (bazı sigorta paketleri hariç). Doktorların büyük bölümü özel çalışmaktadır. Doktorların ödemeleri çeşitli yöntemlerle yapılır; ücretler özel sağlık sigortaları tarafından ödenir (bazı sigorta planları kişi başı ödeme sözleşmesi yapar) ya da ücretler kamu programları tarafından ödenir. Sigortalı hastalar genel olarak doktor ödemelerinin bir bölümünü üstlenir ve sigortasız hastalar bütün doktor masraflarını ödemekle yükümlüdür (27).

### **Birleşik Krallık**

Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Sistemi, tüm aile için sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti ve koruyucu hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetlerin büyük çoğunluğu ücretsizdir ve sağlık harcamaları genel bütçeden karşılanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyen hekimler tarafından verilir. Aile hekimliği genellikle hastalar için ilk başvuru noktası olmakta ve daha ileri sağlık hizmetleri için sevk ve hastane seçimi yapılmaktadır. Bir aile hekiminin hizmet ettiği nüfus ortalama 2000-3000 arasındadır. Aile hekimlerinin çoğu özel olarak yıllık sözleşmeler altında çalışırlar ve ödemeleri (maaş, hasta başı ödeme ve hizmet bedeli birleşimi) doğrudan birincil bakım işletmeleri (PCT) tarafından yapılır (28).

### **Almanya**

Birinci basamak sağlık hizmeti bağımsız Genel Pratisyenler (GP) ve uzmanlarca verilir. 2004'te birinci basamakta gönüllü Aile Hekimi modeline geçilmiştir. Ancak bu sisteme kayıt zorunlu tutulmamıştır. 2007'de kamu sigortalılarının 1/5'i bu sisteme kayıt yaptırmıştır (29,30). Birinci basamağa kapı tutuculuk rolü verilmemiş olsa da, ilk başvuruyu teşvik etmek için sevk almadan ikinci basamağa gidenlerden katkı payı alınmaktadır (29). Hastalar sevk edildiklerinde bir ücret ödemeleri gerekmez. Almanya'da genel pratisyenlere olan güven çok yüksektir.

### **Fransa**

2004 yılında aile hekimine gönüllü katılıma dayalı isteğe bağlı program başlatılmıştır. Bu uygulama ile hastaların, yasal zorunluluk olmaksızın birinci basamakta çalışan bir hekime kayıt olmaları istenmiş ve birinci basamaktan sevk olmaksızın yapılan doktor ziyaretleri için yüksek katkı payı uygulaması getirilmiştir. Nüfusun %85'inden fazlası birinci basamakta çalışan hekime kayıtlıdır (31).

### **Kanada**

Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunanlar, uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimleridir. Aile hekimleri muayenehanelerinde veya grup çalışması şeklinde hizmet verirler. Aile hekimleri, hastaneye yolladıkları hastaların, orada da izlenmelerinden sorumludurlar. Aile hekimlerinin sevki olmadan ikinci basamak kuruluşlardan ücretsiz olarak hizmet alınmaz. Sağlık hizmeti bireylerden toplanan primler ve vergilerle finanse edilir (32).

### **Küba**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Küba 1984 yılında aile hekimliği sistemine geçmiştir. Her mahallenin sorumluluğu bir aile hekimi ve bir hemşireye verilmiştir. Aile hekimleri hizmet verdikleri alanda yaşarlar. Kişiyeye ve çevreye yönelik koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ekibi tarafından sağlanmaktadır. Coğrafi ve aile temelli bir sistemdir. Her aile hekimi 120-160 aileden sorumludur (33).

### **Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri**

XIX. yüzyıl başlarına kadar ülkemizde sağlık hizmetlerinin yaygın olmadığı görülmektedir. Hekimlere ve tıbbi hizmete genellikle Osmanlı'nın merkezinde hanedan ve üst yönetim çevreleri ulaşabiliyordu. Düzenli ordunun sağlık gereksinimleri de yine bu dönemde düşünülmüş ve buna yönelik hekim eğitimi ve istihdamı planlanmaya başlanmıştır. Bunun dışında toplumun çoğunluğu sağlık sorunlarına kendi olanaklarıyla çare bulmaya çalışıyordu (34).

Osmanlı döneminde, devlet eliyle yürütülen saraya ve orduya yönelik sağlık hizmetleri ile genelde büyük şehirlerde yer alan serbest çalışan, tabip ve



cerrahlardan ücret karşılığında alınan hizmetlerden oluşan bir sağlık yapılanması vardı. Bunun yanında, kimsesiz ve yoksullar için, hayra yönelik olarak kurulan hastane ve şifa evleri ile askeri tabip ve özel nitelikli vakıflarca bir kısım sağlık hizmetleri verilmiş ise de, hakim olan hizmet biçimi özel hizmetler olmuştu. 19. yy. sonlarına dek, halka sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler, devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır (35).

Yüzyılın ikinci yarısında sağlık hizmetlerinin halka da ulaştırılmasına ilişkin girişimlerin başladığını görüyoruz: Önce belediyelerin sağlık hizmeti sunmasıyla ilgili düzenlemeler ve ardından 1871’de uygulamaya konulan Sivil Sağlık Hizmetleri Genel Yönetimi (İdare-i Umumiye-i Tıbbiye-i Mülkiye) Tüzüğü bu yolda atılan ilk adımlardı. Bu tüzüğe göre illerde sıhhiye müfettişlikleri, ilçelerde memleket tabiplikleri kurulacaktır. Hekimler belediye tarafından tespit edilecek bir yerde, haftanın iki günü, parasız hasta muayenesi ve talep edenlere parasız aşı yapacaklardı. Muayene günleri dışında hekimin daimi resmi görev yeri belirtilmemişti. 1913’te illerde sağlık müdürlüğü kuruldu, ilçelerde memleket tabipliğinin yerini hükümet tabipliği aldı (36).

Sağlık hizmetinin devletin birinci derece görevlerinden sayılması, 1920’de kabul edilen 3 sayılı yasa ile olmuştur. Cumhuriyet ilanı sonrası ilk sağlık bakanı olan Dr. Refik Saydam’ın dönemi, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verildiği ve bu hizmetlerin doğrudan genel bütçe olanakları ile sağlandığı bir dönemdir (35). Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetlerini köylere kadar götürmek üzere seyyar tabiplik uygulamasına geçilmiştir. 1924’te taşra yerleşimlerinde sağlık birimlerinin kurulması gerektiği fark edilerek, Dispanser olarak da bilinen Muayene ve Tedavi Evleri açıldı. 1930’da taşraya örnek olarak açılan –ileriki yıllarda “sağlık merkezi” adını alacak olan- Etimesgut İçtimai Hıfzıssıhha Numune Dispanseri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birleştirmeyi amaçlıyordu (36).

Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmiş olması ve hizmetin topluma yaygınlaştırılmaya çalışılması bu örgütlenişin birinci basamak özellikleri taşımasını sağlayamamıştır. Birinci basamak kavramı henüz oturmamıştır ya da ancak silik izlerini taşımaktadır (37).

1946'da Dr. Behçet Uz döneminde hazırlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılması ve her bölgenin örgütlenmesinin kendine yeterli hale getirilmesi hedeflenmiştir (35). Nüfusun %75'ini oluşturan köylerde, nüfus esasına göre - her 40 köye; yaklaşık 20.000 kişiye bir (ülke çapında 1000)- "Sağlık merkezi" kurulması öngörülerek, adında "sağlık" kavramı kullanılan ilk birinci basamak sağlık kuruluşu oluşturulmuş (38) ve bu kuruluşlarda koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin beraber verilmesi tasarlanmıştır (35). Temel niteliği halkın tümüne sağlık hizmeti sunmak olan bu planın gerçek amacı bir kenara atılmış ve plan, hatalı olarak, her ilçeye bir sağlık merkezi kurulması şekline dönüştürülmüştür (39).

Hem Milli Sağlık Planı hem de Plan'ın devamı niteliğindeki 1954 yılındaki Milli Sağlık Programı'nda halkı belli bir ücret karşılığı sigortalamak, finansman için sağlık bankası kurmak hedeflenmiştir (40). 1954'te hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması sonrasında, hastane hizmetlerinin tüm yurda yayılmasında önemli başarılar elde edilirken, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybetmiş, ihmal edilmiştir. Bu yıllarda etkin olmaya başlayan liberal görüş ve politikalarla tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da özel sektörün gelişimi gündeme gelmiştir (35).

Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım, bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) ile atılmıştır (41). Yasa ile Türkiye sağlık hizmetlerinin 15 yıl içinde sosyalizasyonu öngörülerek, yılda 300 olmak üzere, 5 yılda 1500 sağlık ocağı açılması hedeflenmiş, ancak sadece 561 tanesi hizmete sokulabilmiştir (42).

1960'ların başındaki 'Sosyalizasyon reformu' sağlık hizmeti sunumunda eşitlik, süreklilik, bütüncül bakım, sevk zinciri kurulması ve ekip hizmeti kavramının yanı sıra sağlık biriminin sorumlu olduğu nüfusun tanımlanması, toplum sağlığı sorunlarının saptanarak önceliklerin belirlenmesi ve toplum katılımı gibi dünyada 1980'lere doğru şekillenmeye başlayan topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmeti kavramının temel ilkelerini içermesi bakımından tarihsel bir öneme sahiptir (43).

Türkiye'de izlenen ekonomi politikalarında 1980 sonrası bir dönüşüm yaşanmış ve yeni-liberal dönem başlamıştır. Bu dönemde Türkiye'de devletin

iktisadi yaşam içindeki girişimci rolü azalmış ve serbest piyasa ekonomisi lehine yapısal dönüşümler gerçekleşmiştir. 1982 Anayasası ile birlikte “sosyal devlet” ilkelerinden uzaklaşmaya başlanmıştır. Bu bağlamda kamunun sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanından çekilmesine yönelik uygulamalar başlatılmıştır. 1990 sonrası “Sağlık Reformu” başlığı altında sağlık sisteminin değiştirilmesine yönelik girişimler başlamış ve bu girişimler 2003’te “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adını alarak, Türkiye Sağlık Sisteminin dönüşümü bu program çerçevesinde yürütülmüştür (44).

Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak örgütlenmesine yönelik uygulaması bireye yönelik hizmetlerin aile hekimliği adı altında örgütlenmesi olmuştur (42). Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesi 2004 yılında çıkarılan “5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ve ardından gelen mevzuatlar ile değişikliğe uğramıştır. 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile öngörülen sağlık ocağı sistemi yerine Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşların “küreselleşme” anlayışı ile birçok ülkede gerçekleştirmeye çalıştıkları “sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi” yaklaşımlarından biri olan “Aile Hekimliği Modeli” ne geçilmiştir (45–47). Aile Hekimliği pilot uygulamasına ilk kez 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlanmış ve 2010 yılında tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir (48).

Günümüzde Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) (Verem savaşı dispanseri, Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ), İşyeri Hekimliği ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri gibi kurumlarca verilmektedir.

ASM’ler,

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir veya daha fazla sayıda aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile birlikte ekip anlayışıyla sunulduğu sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır (49).

Kırsal kesimde sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından koordine edilen ASM’ler tarafından verilmektedir. Aile hekimi tabanlı sistemin uygulamaya başlanmasından beri, kırsal kesimde yaşayan ve kent

merkezlerine ulaşımı zor olan insanlar için mobil sağlık hizmetlerinin sağlanması planlanmıştır. Bu çalışmalar ışığında, aile hekimleri belirlenen köylere belirli zamanlarda temel sağlık hizmetleri sağlamakla yükümlüdür.

25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği İkinci Bölümü, Aile Hekiminin Çalışma Usul ve Esasları, Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi, Madde 6 (3);

*“Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geçen süreler hariç olmak üzere **her 100 kişi için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır.**”* esasına göre kırsal alandaki hizmetler yürütülmektedir.

### **Birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulama özellikleri ve değerlendirilmesi**

Birinci basamak sağlık hizmeti dört ana özellik altında sınıflandırılabilir. Bu dört temel özellik dışında bazı özellikler tanımlanmış olsa da günümüzde birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm gereçleri bu dört özellik temel alınarak geliştirilmiştir.(50)

Bu özellikler:

- 1-İlk başvuru yeri (First contact care)
- 2-Süreklilik (Longitudinality)
- 3-Kapsayıcılık (Comprehensiveness)
- 4-Eşgüdüm (Coordination) dür.

Bu özelliklerin her birinin bir yapısal ve bir işleyiş bileşeni vardır (Tablo 1).

**Tablo-1:** Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin yapısal ve işleyiş bileşenleri

<b><i>Birinci Basamak Özelliği</i></b>	<b><i>Yapısal Bileşeni</i></b>	<b><i>İşleyiş Bileşeni</i></b>
İlk başvuru yeri	Ulaşabilme	Hizmetin kullanımı
Süreklilik (kişi odaklı)	Uygun nüfusun varlığı	Düzenli hizmet alınan kaynak
Kapsayıcılık	Geniş hizmet yelpazesi	Gereksinim farkındalığı
Eşgüdüm	Süreklilik (sorun odaklı)	Soruna/çözüme dayalı bilgi aktarımı

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilme durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek, akılcı sağlık sistemleri geliştirmede gittikçe önem kazanmış ve daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır (51). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı değerlendirilmesi için farklı özelliklerin ölçülmesi gerekmektedir. Literatür çalışmaları, değerlendirmede kullanılması önerilen özellikler açısından tüm özellikleri kapsayan bir anket bulunmadığını göstermektedir (52).

### **1-İlk başvuru yeri (First contact care)**

İlk başvuru yeri, kişinin herhangi bir probleminde, sorununun aciliyetine de bağlı olarak, ihtiyaç duyduğu sağlık bakımına erişebilmesi ve hizmeti kullanmasıdır (52). Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak aşamalandırılmasının temel amacı, bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her bir yeni bakım gereksiniminde, bireylerin sağlık sistemi ile bir ilk başvuru noktasında karşılaşmaları ve bu başvuru noktasına her zaman kolaylıkla erişebilmeleridir (20). İlk başvuruda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi bu basamaklarda değerlendirilmesi gerekenlere yeterli zaman ayrılmasını engellemekte, gerekli

olmayan birçok laboratuvar tetkikinin istenmesi de tedavi hizmetlerinin maliyetini artırmaktadır (53).

İlk başvuru, BBSH'nin bireylerin her bir yeni sağlık sorununda karşılaştıkları ilk aşamayı tanımlar. Bu özelliğin gerçekleşebilmesi için hizmetlerin erişilebilir olması ve toplum tarafından kullanılması gereklidir. İlk başvuru işlevini desteklemek amacıyla birinci basamak hekiminin hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi şeklindeki düzenlemeye kapı tutuculuk (Gate Keeping) adı verilir (54).

Kapı tutuculuk sadece sevkten sorumlu bir hekimliği değil, bireylerin karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı veren, gerektiğinde hastasını sevk eden, ama sevki takip eden izlemi de gerçekleştiren hekim kimliğini tanımlar. Bu şekilde bir sağlık profesyonelinin rehberliği en uygun bakım kaynağının seçimini kolaylaştırır (55).

İngiltere, Finlandiya, İzlanda, Avusturya, Portekiz, İtalya ve Hollanda'da BBSH, hastanın ilk başvurduğu yerdir. Ancak İsveç, İsviçre, Avusturya ve Norveç'te sevk alınmadan da uzmana gidilebilir (56).

### ***Sağlık hizmetlerine erişim***

Sağlık hizmetlerine erişim sağlık kuruluşuna başvuruyu belirleyen en önemli etkidir. Sağlık hizmetlerine erişim, genel olarak finansal, coğrafi, sosyokültürel ve organizasyonel erişim başlıklarıyla değerlendirilmektedir (57).

### **2-Süreklilik (Longitudinality)**

Süreklilik, her türlü sağlık ihtiyacına yanıt verecek, düzenli bir sağlık hizmeti kaynağı bulunması (58), hastanın, birinci basamak kuruluşu arasında herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, uzun erimli ilişkisidir. Sürekliliğin toplum açısından tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığını ve bunun kullanımını kapsar. Hizmet veren taraf açısından ise süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun gereksinimlerini bilme ve gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığını izleme düzeyini yansıtır (20).

Süreklilik özelliğinin başarılabilmesi; hasta ve hizmet sunucu arasında her birinin beklenti ve gereksinimlerinin bilgisine dayalı karşılıklı anlayış temelinde uzun vadeli bir ilişki kurmak ve geliştirmektir. Bu özellik hizmet

sunulan nüfusun kimden hizmet alacağı ve hizmet sunan kurum ya da kişinin kime hizmet sunacağı belirlenmesini gerektirir. Yani hizmet sunulan nüfus tanımlanmadan ve hastalık odaklı olmayan ve zaman içinde sürecek bir hizmet sunucu-hasta ilişkisi kurulmadan süreklilik özelliğinin yerine getirilemeyeceği söylenebilir (50).

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 1996 yılında yaptığı tanıma göre süreklilik özelliğinin üç farklı tipi vardır:

**İlişki sürekliliği:** Belli bir süre boyunca aynı sağlık hizmet sunucusu veya ekibi tarafından izlenmek,

**Kayıt sürekliliği:** Geçmişte olan sağlık olaylarını ve kişisel durumları da kapsayan, etkin ve zamanında bilgiye ulaşılabilen bir kayıt süreci,

**Yönetimsel süreklilik:** Zaman içinde değişen koşullara yanıt verebilen esnek fakat, tutarlı bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanabilir (59–61).

Süreklilik genel tanım olarak bir sonraki ziyareti ifade eder (62) ve bu açıdan, belli zaman dilimindeki başvuruların ne kadarının birinci basamağa yapıldığının da sorgulanması gerekir (63). En son ve bir önce başvuru olan sağlık kuruluşu sorularak, ardışık iki başvurunun ne kadarının aile hekimine yapıldığının saptanması ile “olağan hizmet sunucu sürekliliği” değerlendirilebilir (64).

Sürekliliğin yeterliliğine ve derecesine bağlı olarak özellikle kronik hastalıklar ve koruyucu hizmetler konularında ölçülebilir klinik kazanımlar elde edilmektedir. Bu konuda birçok çalışma yapan Starfield, bakımda sürekliliğin, koruyucu hizmetlerin daha fazla kullanılması, hastaların biyopsikososyal problemlerinin daha iyi ayrımlaştırılması, acil hastane başvurularının azalması, hospitalizasyonda azalma, yatış süresinde azalma, yapılan işlemler ve ilaç kullanımına uyumun artması şeklinde faydaları olduğunu savunmaktadır (65,66).

Nutting ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, birinci basamaktaki hekimlerin, kişilerarası ilişkilerde ve bakımın koordinasyonunda anahtar rol oynadıkları sonucuna varmışlardır (67).

Bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kronik hastalıkları ve aldığı tedavilerin sayısı, sağlık güvencesi, yapılan görüşme sayısı, kişilerin ifade ettikleri diğer sağlık durumları ile kişinin sürekliliğe verdiği önem arasında

anamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaşlı veya genç fark etmeksizin kadınların, düşük eğitim düzeyine sahip olanların, daha çok sağlık problemi olanlarla daha çok tedaviye ihtiyaç duyanların, daha kötü sağlık durumu olan kişilerin ve devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesine sahip olanların sürekliliğe daha çok önem verdikleri gösterilmiştir (67).

Özellikle 0-6 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinde, 40-64 yaş arasındaki kişilerde ve 65 yaş üzerindeki kişilerde sürekliliğin daha önemli olduğu görülmüştür. Ayrıca sürekliliğin önemli olduğunu belirten kişilerin hekimleriyle daha düzenli görüştükleri ve daha uzun süre bir hasta-hekim ilişkisine sahip oldukları tespit edilmiştir (67).

### **3-Kapsayıcılık (Comprehensiveness)**

Kapsayıcılık, birinci basamak sağlık hizmetinin; koruyucu hizmetler, sık görülen hastalıkların tanı ve tedavisi, sağlık düzeyinin artırılması, kronik hastalıkların yönetimi, rehabilitasyon, palyatif bakım ve bazı durumlarda sosyal hizmetlerini de içerecek şekilde uygulanmasını ifade eder (52). Yani geniş bir hizmet yelpazesinin varlığıdır. Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde hizmet yelpazesinin genişliği kadar risk gruplarına yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin de önemli olduğu bir gerçektir (50).

Klasik yaklaşım ve örgütlenme biçimleri olan poliklinik temelli hasta bakımları veya belli bir hastalığa yönelik kontrol programları yerini tüm yaşam döngüsü boyunca verilen, sürekliliği olan, bütüncül ve insan odaklı bir sisteme bırakmalıdır. Yani hastalanan insanların tedavisine veya öncelikli bazı hastalıkların kontrolüne odaklanmak yerine insanların yaşamlarının her dönemindeki sağlık gereksinimlerine odaklanılmalıdır. Bunun için de; periyodik sağlık muayeneleri yapılmalıdır.

#### **Aile hekimliğinde periyodik sağlık muayeneleri**

Sağlıklı kişilerin rutin muayeneler ile izlenmesine ait ilk veri 1860'lara kadar gitmektedir. 1921 yılında ABD'de bir yaşam sigortası şirketinin yayınladığı çalışma ile yıllık muayeneleri yapılan erişkinlerde mortalitenin azaldığı yönündeki sonuçlar, herhangi bir şikayeti olmayan erişkinlerde yıllık sağlık muayenelerini popüler hale getirmiş ve "check-up" kavramını ortaya çıkarmıştır. 1925 yılında ise Amerikan Tıp Birliği (AMA), 35 yaşından büyük tüm erişkinlere yılda bir kez tam bir fizik muayene yapılmasını öneri olarak



yayınlanmıştır. Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda bu yaklaşımın yeterli olmadığı, hastalıkların teşhis edilebilir büyüklüğe ulaştığında zaten semptom verdiği ve semptom vermedikleri aşamada ise tanı testleri ile saptanamadığı görüşü hakim olmuştur. Böylece son 20 yılda yıllık check-up kavramı yerini yaş, cinsiyet, etkene maruziyet ve kişisel risk faktörlerinin belirlediği kriterler doğrultusunda yapılan periyodik sağlık kontrolleri almıştır (32).

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testler Rehberi'nde (68);

#### **Bebeklik ve çocukluk döneminde;**

Arteriyel tansiyon ölçümü; hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılmalıdır (69).

#### **Erişkinlik döneminde;**

##### Arteriyel tansiyon ölçümü;

18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak hipertansiyon tanısının erken tespiti ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmelidir.

##### Diabetes mellitus taraması;

45 yaşın üzerinde herkese ve aşağıdaki risk faktörlerini barındıran kişilere diabetes mellitus taraması önerilir:

- BMI $\geq$ 25kg / m<sup>2</sup> (bel çevresi kadında >88 cm, erkekte >102 cm)
- Fiziksel inaktivite
- Birinci derece yakınında DM öyküsü
- 4.1 kg'ın üstünde bebek doğurma öyküsü
- Gestasyonel DM öyküsü
- Hipertansiyon (KB> 140/90 veya HT için tedavi alan), HDL<35 mg/dl veya TG>250 mg/dl
- Polikistik over öyküsü
- Daha önce bozulmuş glukoz toleransı veya bozulmuş açlık glukozu öyküsü
- Kardiyovasküler hastalık
- İnsülin rezistansı ile ilgili klinik durumları olan (örn:akantosis nigrikans) kişiler

Tarama için açlık plazma glukozu, HbA1c veya OGTT kullanılabilir. Test normal ise üç yılda bir tekrar edilmelidir.

Serum lipid profili taraması (Tg, Hdl, Ldl):

Hiperlipidemi, kardiyovasküler olay, diabetes mellitus ve komplikasyonlarının gerek erken tanısı gerekse yan etkilerinin önlenmesi amacıyla 18 yaşından büyük olup risk faktörlerinden en az birini taşıyanlarda ve 35 yaşından büyük bütün kişilerde beş yılda bir serum lipid profili taramasının yapılması (en az 12 saat açlıktan sonra) önemlidir.

Obezite taraması:

18-65 yaş grubu yetişkinlerde obezitenin önlenmesi ve metabolik sendromun değerlendirilmesi amacıyla yılda bir kez ağırlık, boy, beden kitle indeksi (BKİ) ve bel çevresi ölçümleri (bel çevresi kadınlarda  $\geq 88$  cm, erkeklerde  $\geq 102$  cm olması android obeziteyi yansıtır. Android obezite kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür. Bel çevresi değerlerinin kadınlarda  $<80$  cm, erkeklerde  $<94$  cm olması hastalık riskinin en aza indirilmesi için önerilmektedir.) ile birlikte;

Laboratuvar:

- Glukoz ölçümü (plazma glukozu)
- Total kolesterol, HDL, LDL kolesterol ve Trigliserid
- ALT ve Kreatinin ölçümü
- TSH ölçümü

ve gerekirse eşlik eden hastalıklar için ileri tetkik istenmesi önemlidir. Bu ölçümler sonrasında kişi, gerekli görülen durumlarda sağlıklı beslenme, psikososyal destek (davranış tedavisi) ve fiziksel aktivite danışmanlığı almak üzere yönlendirilir

**Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması**

Üreme Sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman, nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir. Bu, kadın ve erkeklerin kendi seçecekleri doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını, kadının gebelik ve doğumunu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip

olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme haklarını içerir (70).

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2010'dan sonra Türkiye'nin tamamında uygulanmaya geçilmiş, daha öncesinde yaygın olarak ve ücretsiz Sağlık Ocakları'nda, Sağlık Evlerinde, AÇSAP Merkezlerinde, Doğumevlerinde, Devlet Hastanelerinde sunulmakta olan AP Danışmanlığı hizmetleri, Aile Hekimleri'ne ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde bir alt birim haline dönüşen (eski) AÇSAP merkezlerine devredilmiştir.

### **Kanser taraması**

#### **Kolorektal Kanser Taraması (Kadın/Erkek):**

50-70 yaş grubundaki yetişkinlerin tamamında kolorektal kanserin erken tanısı amacıyla monoklonal antikorlar kullanılarak yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması ve her on yılda bir gaitada gizli kan testinin yanısıra kolonoskopi yapılması için yönlendirilmelidir.

Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olanlarda taramaya 40 yaşında başlaması, birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkanlarda taramanın 40 yaşından bağımsız olarak kanserin çıkış yaşından beş yıl önce başlatılması uygun görülmüştür (71).

#### **Meme Kanseri Taraması (Kadın):**

20 yaş üstü kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırmak ve meme kanserinin erken tanısı amacıyla kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi verilmesi ve ayda bir kez uygulamasının önerilmesi,

20-40 yaş arası kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin yanı sıra birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü bulunan kadınlarda yılda bir, bulunmayanlarda ise iki yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayenenin yapılması,

40-69 yaş arası bütün kadınlarda yılda bir hekim tarafından rutin klinik muayene yapılması ve iki yılda bir dijital/konvansiyonel mamografi yapılması gereklidir (72).

#### **Serviks Kanseri Ve Prekanseroz Lezyonların Taranması (Kadın):**

30-65 yaş arası kadınlarda serviks kanseri ve prekanseröz lezyonları önleme ve erken tanı amaçlı her beş yılda bir Papanicolau testi (PAP Smear testi) veya Human Papilloma Virüs testi (HPV testi) yapılmalıdır.

#### **4-Eşgüdüm (Coordination)**

Birinci basamak ile sistemin diğer basamakları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesini tanımlar. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel koşulun varlığı zorunludur. Birinci koşul kapı tutuculuk uygulamasıdır. Diğer koşullar ise birinci basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesi ve bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır (20).

OECD ülkelerindeki sağlık hizmetlerini değerlendiren bir araştırmada, diğer birinci basamak özellikleri açısından oldukça başarılı olan ülkelerde bile eşgüdümün yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Bu nedenle eşgüdümü görece daha zor ulaşılabir özellik olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır (73).

Eşgüdüm özelliğinin başarılması, sağlık hizmetleri ile hasta gereksinimlerinin ne kadar örtüştüğü bilgisini sağlar. Sağlık yapı ve hizmetlerinin toplum kaynakları açısından, uygun ve hakça dağılım durumunu gösterir. Bu özellik, hastalar, aileleri ve sağlık sorunlarının karşılıklı etkileşimine odaklanmak, hasta ve ailelerine yataklı tanı tedavi kurumlarında tedavi önermek, hastalığın sosyal ve duygusal etkileriyle başa çıkmak konusunda yardımcı olmak gibi işlevleri yerine getirmeyi kapsar (59).

Sağlık reformlarının vaat ettikleri ile gerçekler farklıdır, bunu ortaya koymak gerekir. Araştırmacılar masalı gerçekten ayırma konusunda önemli bir role sahiptir (74). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulması bütünüyle değiştirilmiştir. Bu değişimin kırsal alanda yaşayanlar açısından bilimsel ölçütlere göre değerlendirilmesi amacıyla bu çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

Bu çalışmada Bursa ili kırsal mahallelerinde sağlık hizmetlerinin kullanımını ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık hizmetleri kullanımı içindeki yerini, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası kırsal alanda birinci basamak yapılanmasının etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırma tipi

Bu araştırma, 01.03.2016- 23.08.2017 tarihlerinde yüz yüze anket uygulaması ile yürütülen kesitsel bir çalışmadır.

### Araştırma bölgesi

#### Bursa İli Özellikleri

Bursa 40 derece boylam ve 28 – 30 derece enlem daireleri arasında Marmara Denizi'nin güneydoğusunda yer alan (75), toplam il nüfusu 2016 Yılı Genel ADNKS Nüfus Sayımı sonuçlarına göre 2 milyon 901 bin 396 kişi ile Türkiye'nin 4. büyük kentidir (76).



Şekil-1: Bursa Haritası

Denizden yüksekliği 155 metre olan Bursa, genelde ılıman bir iklime sahiptir. Ancak, iklim bölgelere göre de değişiklik göstermektedir. Kuzeyde Marmara Denizi'nin yumuşak ve ılık iklimine karşılık güneyde Uludağ'ın sert iklimi ile karşılaşmaktadır.

İlin en sıcak ayları temmuz – eylül, en soğuk ayları ise şubat – marttır. 52 yıllık gözlem süresi itibarı ile yıllık ortalama yağış miktarı 706 mm'dir. İlde ortalama nispi nem %69,0 civarındadır.

İlin yüzey şekilleri, birbirlerinden eşiklerle ayrılmış çöküntü alanlarıyla, dağlar halindedir. Çöküntü alanlarının başlıcalarını İznik ve Uluabat gölleriyle Yenişehir, Bursa ve İnegöl ovaları oluşturmaktadır.

Toplam yüzölçümü 10.819 km<sup>2</sup> olan Bursa ili topraklarının %17,0'sini ovalar oluşturmaktadır.

İl sınırları dahilinde Uluabat (1.134 km<sup>2</sup>) ve İznik (298 km<sup>2</sup>) gölleri bulunmaktadır.

İlin önemli akarsuları; Mustafakemalpaşa Çayı, Uludağ'ın güney yamaçlarından doğan ve gene Uludağ'dan kaynaklanan birçok küçük dere ile beslenen Nilüfer Çayı, Göksu Çayı, Koca Dere, Kara Dere, Aksu Deresi'dir.

İlin sahip olduğu 135 km kıyı bandınının 22 km'lik kısmı kullanıma uygun olup, diğer kısmı değerlendirilememektedir.

Bursa ili topraklarının yaklaşık %35,0'ini dağlar kaplamaktadır. Dağlar genellikle doğu-batı yönünde uzanan sıradağlar şeklindedir. Bunlar; Orhangazi'nin batısından Gemlik Körfezi'nin batı ucunda bulunan Bozburun'a doğru uzanan Samanlı Dağları, Gemlik Körfezi'nin güney yüzünü kaplayan ve Bursa ovasını denizden ayıran Mudanya Dağları, İznik Gölü'nün güneyi, ile Bursa ovasının kuzey kesimleri arasında yer alan Katırlı Dağları, Mudanya Dağları'nın uzantısı olan Karadağ ve Marmara Bölgesi'nin en yüksek dağı olan Uludağ'dır (2.543 m) (75).

6360 Sayılı Büyükşehir yasası ile 2014 yılından sonra Türkiye'de yeni bir idari yapılanma sürecine girilmiştir. Kırsal kesime hizmet eden il özel idareleri kaldırılmış, bu görev il mülki sınırları içerisinde büyükşehir belediyelerine verilmiştir. Bunun bir sonucu olarak 30 ilde 16561 köyün tüzel kişiliği kaldırılarak mahalle statüsüne dönüştürülmüştür (77).

## Araştırma evreni

Araştırma evrenini, Bursa ili kırsal mahallelerinde yaşayan kişilerin tümü (663 kırsal mahalle ve 261.140 kişi) oluşturmaktadır (76).

## Araştırma örnekleme

Bursa'nın merkez ilçeler de dahil olmak üzere bütün ilçeleri (17 ilçe) örneklem kapsamına alınmış, her ilçeden örnekleme seçilen mahallelerde 100 kişi ile görüşülmesi planlanmıştır. Mahallelerde görüşülecek kişi sayısı Sağlıkta Dönüşüm Programına göre kırsal alanda gezici sağlık hizmeti sunulmasına ilişkin düzenleme esas alınarak belirlenmiştir. Kişi sayısı, 25 Ocak 2013 tarih ve 28539 Sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Madde 6(3) "*Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve gezici sağlık hizmeti sunulacak yerleşim yerine ulaşmak amacıyla yolda geçen süreler hariç olmak üzere **her 100 kişi** için ayda iki saatten az olmamak kaydıyla o yerleşim yerinde aile hekimi tarafından yapılır.*" bendi esasına bağlı olarak belirlenmiştir.

Bursa'nın 17 ilçesi vardır. 6360 sayılı Büyükşehir yasası öncesinde köy statüsünde olup kırsal niteliğini devam ettiren mahallelerin listesi Bursa Büyükşehir Belediyesi Emlak ve İstimlak Dairesi Başkanlığı Coğrafi Bilgi Sistemleri Şube Müdürlüğü'nden alınmıştır. Bursa'da 1016 mahalle bulunmakta olup bunların 663'ü kırsal, 353'ü kentsel niteliktedir. Kırsal mahallelerin 2015 yılı nüfusları Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edilmiştir. 663 kırsal mahallenin toplam nüfusu 261.140'tır. Her ilçenin kırsal mahalleleri listelenmiş ve her ilçeden kura yöntemi ile bir mahalle belirlenmiştir. Ancak İnegöl ilçesinde kuraya çıkan mahallenin nüfusunun 100'den az olması nedeniyle ikinci bir mahalle daha çekilmiştir.

Örnekleme çıkan mahallelerde ziyaret edilecek ilk hane araştırmacının cüzdanında bulunan ilk kağıt paranın son sayısına göre belirlenmiş, ardından 100 kişi ile görüşülene kadar bu hanenin en yakınındaki evden başlayarak evler ziyaret edilmiştir.

Çalışmada, 18 mahallede yaşayan toplam 484 hanede yaşayan 1648 kişinin bilgisi edinilmiş, toplam nüfusun %0,63'ü ile görüşülmüştür (1648/261140). Mahallelerde bilgisi alınan kişilerin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo-2:** Örnekleme çıkan kırsal mahallelerin nüfusları, bilgisi alınan hane ve kişi dağılımı

İlçeler	Mahalleler	Mahalle nüfusu	Bilgisi alınan hane sayısı	Bilgisi alınan kişi sayısı	Bilgisi alınan kişi sayısı/ Mahalle nüfusu oranı (%)
Osmangazi	Ahmetbey	485	23	100	20,6
Nilüfer	Badırga	354	17	101	28,5
Keles	Belenören	348	36	100	28,7
Gemlik	Cihatlı	377	27	100	26,5
Mudanya	Çağrısan	2991	29	100	3,3
İznik	Çandarlı	143	28	97	67,8
İnegöl	Çaylıca	81	13	40	49,4
	Güneykestane	90	16	47	52,2
Orhaneli	Çivili	218	41	87	39,9
Kestel	Dudaklı	403	28	100	24,8
Orhangazi	Gedelek	1164	33	100	8,6
Yıldırım	Hamamlıkızık	586	28	100	17,1
Büyükorhan	Karaağız	311	25	100	32,2
Gürsu	Karahıdır	686	20	100	14,6
Harmancık	Nalbant	155	26	76	49,0
Karacabey	Ovaesemen	311	28	100	32,2
Yenişehir	Selimiye	342	36	100	29,2
Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	301	30	100	33,2
Toplam		9346	484	1648	17,6



## **Araştırma değişkenleri**

### **Bağımlı değişkenler**

#### ***Birinci Basamak Sağlık Hizmeti kullanımı***

- Herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk aile hekimini tercih etme durumu
- Sağlık hizmeti almak için en son başvurunun aile hekimine yapılması
- Sağlık hizmeti almak için en sondan bir önceki başvurunun aile hekimine yapılması
- Son iki başvurusunu aile hekimine yapma durumu (olağan hizmet sunucu sürekliliği)
- Son bir yıl içinde hasta olmadığı haldeki sağlık kuruluşu başvurusu
- Aile hekiminden hizmet alma durumu
- Aile hekimine en çok başvuru nedenleri
- Aile hekimini bilme durumu
- Aile hekiminden memnun olma durumu
- Kanser tarama hizmetinden yararlanma durumu
- Veremle savaş hizmetinden yararlanma durumu
- Erişkin bağışıklama hizmetinden yararlanma durumu
- Aile planlaması yöntemi kullanma durumu
- Gebelik öncesi bakım hizmetinden yararlanma durumu
- Doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanma durumu
- Bebek ve çocuk bakım hizmetinden yararlanma durumu

#### ***Sağlık hizmeti kullanımı***

- Son bir yıl içinde acil servis başvurusu
- Son bir yıl içinde hastanede yatış
- Son bir yıl içinde diş hekimine başvuru
- Karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi
  - Son 1 yıl içinde ödeme güçlüğü ve ulaşım güçlüğü nedeniyle sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçme durumu
  - Son 1 yıl içinde ödeme güçlüğü ve ulaşım güçlüğü nedeniyle ilaç kullanmaktan vazgeçme durumu

## **Bağımsız değişkenler**

### ***Kırsal mahalleye ait özellikler***

- Nüfus
- ASM'ye uzaklık/süre
- Devlet hastanesine uzaklık/süre
- Tıp fakültesine uzaklık/süre
- Eğitim araştırma hastanesine uzaklık/süre

### ***Tanımlayıcı Değişkenler***

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Meslek

### ***Sosyoekonomik Değişkenler***

- Aylık toplam hane halkı geliri
- Ulaşım aracı sahip olma durumu
- Çalışma durumu
- Sosyal güvence kapsamında olma durumu

### ***Sağlıkla İlgili Değişkenler***

- Kişilerin kendi beyanlarına göre tanı konmuş kronik hastalıkları
- Engellilik durumları
- Düzenli doktor kontrolünde olma durumu
- Sürekli ilaç kullanma durumu
- Algılanan sağlık

### ***Sağlık Hizmeti Kullanım Değişkenleri***

- Aile hekiminden hizmet almak için beklenen süre
- Aile hekiminin yaklaşımını iyi bulma durumu
- Aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulma durumu

## Veri toplanması

Veri toplamada kullanılan anket formları, birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilme yöntemlerinden yola çıkılarak; mevzuat, ulusal ve evrensel rehberler göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek 1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmek için anket formu hazırlanmasında;

- 25 Ocak 2013 tarihli ve 28539 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (78)
- 5 Şubat 2015 tarihli ve 29258 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği (79)
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi(80)
- “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” Rehberi (68)
- Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (81)’nde bulunan ölçütler esas alınmıştır.

Veri toplamada aşağıdaki 5 anket formu kullanılmıştır:

- Hane bilgileri (8 soru)
- Erişkin (60 soru)
- Gebelik (16 soru)
- 0-6 yaş bebek-çocuk (34 soru)
- 7-14 yaş çocuk (35 soru)

Pilot çalışma, örnekleme dahil olmayan bir kırsal mahallede (İrfaniye) taslak niteliğinde hazırlanan anket formlarıyla yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında yapılan düzeltme ve değişiklikler ile anket formlarına son hali verilmiştir (Ek 1). Anket formları, 2016 yılı Kasım-Aralık, 2017 yılı Ocak-Mart aylarında, araştırmacının kendisi tarafından mahalleler ziyaret edilerek uygulanmıştır. Araştırma grubunda yer alan kişiler görüşme öncesi çalışma konusu hakkında bilgilendirilmiş, anketler hanelerde yaşayan 15 yaş üstü tüm bireylere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. 15 yaşın altındaki

bireylerin bilgileri ise anne, baba vb. aile bireylerinden alınmıştır. Birinci ziyarette görüşülemeyen kişilerle görüşmek için mahallelere/evlere ikinci kez gidilmiştir.

Araştırmada hekim tarafından teşhis edilmiş kronik hastalıklar, sorunun yöneltildiği kişilerin kolay anlamasını sağlamaya yönelik olarak “uzun süren, iyileşmeyen hastalık” olarak tanımlanmıştır. Sorgulanan hastalıklar; diabetes mellitus, arteriyel hipertansiyon ile genel başlıklar altında toplanan kardiyovasküler hastalıklar (Kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları, ritm bozuklukları, hiperlipidemi, varis, karotiste tıkanıklık), solunum sistemi hastalıkları (Astım, KOAH, kronik bronşit), genitoüriner sistem hastalıkları (Böbrek yetmezliği, benign prostat hipertrofisi, renal taş, renal kist), endokrin ve beslenme hastalıkları (Tiroid hastalıkları, malabsorpsiyon), nörolojik ve mental hastalıklar ( Disk hernileri, demans, parkinson, inme, epilepsi, migren, şizofreni, depresyon, panik atak), kas-iskelet sistemi hastalıkları (Osteoartrit, romatoid artrit, gut, osteoporoz), gastrointestinal (Gastroözofageal reflü, gastrit, ülser, kolelitiazis, hepatit), kan ve kan oluşturan organların hastalıkları ve bağışıklık mekanizmasını ilgilendiren bazı bozukluklar (Anemi, polisitemi) ve diğer kronik hastalıklar (Allerji, FMF, dermatolojik hastalıklar, duyu organları hastalıkları) biçiminde WHO- ICD 10 sınıflamasına göre gruplandırılmıştır (139).

### **Veri çözümlemesi**

Veri analizi için SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences, version 22) istatistik paket programı kullanılmıştır. Elde edilen p değerleri 0,05’den küçük durumlarda istatistiksel fark anlamlı kabul edilmiştir.

Medeni durum, öğrenim durumu ve çalışma durumu 15 yaş ve üstü nüfusta değerlendirilmiştir.

Kişilerin aylık gelirleri öğrenilememiş, gelir durumları hakkında gelir gruplarına göre bilgi alınabilmiştir. Bu nedenle kişi başına düşen aylık ortalama gelir hesaplanamamıştır.

Aile hekimliği sisteminde coğrafi tabanlı hizmet olmadığı için kişilerin hizmet aldığı ASM, kırsal mahalleye en yakın ASM kabul edilmiştir.

Mahallelerin en yakın ASM ve devlet hastanesine araçla ulaşabilecekleri uzaklık ve ulaşım süreleri günün trafik olmayan (gece) saatlerinde Google haritalardan ölçülmüştür.

Kırsal mahalleler, aile sağlığı merkezine ve devlet hastanesine uzaklığı 10 km'den az ve fazla olan mahalleler, aile sağlığı merkezine ve devlet hastanesine (DH) ulaşım süresi 30 dakikadan az ve fazla olan mahalleler olmak üzere gruplanmıştır.

Hekime/sağlık kuruluşuna müracaat sayısına diş hekimine yapılan başvurular dahil edilmemiş, diş hekimine başvurular ayrı olarak değerlendirilmiştir.

Algılanan sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak niteleyenlerin algılanan sağlığı "iyi", orta-kötü-çok kötü olarak niteleyenlerin algılanan sağlığı "iyiden kötü" olarak değerlendirilmiştir.

Aile hekiminin yaklaşımının çok iyi-iyi bulunması "yaklaşımın iyi bulunması", orta-kötü-çok kötü bulunması ise "yaklaşımın iyiden kötü bulunması" olarak gruplandırılmıştır. Benzer Şekilde aile sağlığı elemanının yaklaşımının çok iyi-iyi bulunması "yaklaşımın iyi bulunması", orta-kötü-çok kötü bulunması ise "yaklaşımın iyiden kötü bulunması" olarak gruplandırılmıştır. Aile hekiminden çok memnun-memnun olduğunu belirtenler "aile hekiminden memnun" olarak değerlendirilirken memnuniyet düzeyini kararsız-memnun değil-hiç memnun değil olarak ifade edenler ise "aile hekiminden memnun değil" Şeklinde değerlendirilmiştir.

Tüm ülkede aile hekimliği uygulanmasına 2011 yılı itibariyle geçilmesinden dolayı son 6 yıldıki gebeliklerin öyküsü sorgulanmıştır.

Son altı yılda doğan bebek ve çocukların aşı kartlarına bakılmıştır.

Analizlerde tanımlayıcı istatistiki yöntemler ki kare ve t testi kullanılmıştır.

### **Araştırmanın etik izni**

Araştırma için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.11.2016 tarih ve 2016-18/17 nolu karar ile izin alınmıştır. Araştırma anketi uygulanacak kişiler araştırmanın amacı, özellikleri, yararları ve konusunda bilgilendirilmiş ve onayları alındıktan sonra anket uygulanmıştır.

## Araştırmanın işgücü ve finansmanı

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Rukiye Çakır'ın uzmanlık tezi olarak planlanmış olan bu araştırma, Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kayıhan Pala danışmanlığında Dr. Rukiye Çakır tarafından yürütülmüştür. Araştırma Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği tarafından desteklenmiş, bu amaçla Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Tüzüğü ile Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Bilimsel Çalışmaları Destekleme Yönetmeliği esas alınarak 03.11.2016 tarihinde bir sözleşme imzalanmıştır.

## Araştırmanın zaman çizelgesi

Araştırma, Mart 2016 – Ağustos 2017 tarihleri arasında olmak üzere 18 aylık süre içerisinde yapılmıştır. Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo-3:** Araştırmanın zaman çizelgesi

	2016 (Aylar)											2017 (Aylar)							
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	
Konu Seçimi	■																		
Kaynak inceleme		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Plan ve Onay						■	■	■											
Ön uygulama								■											
Veri Toplama									■	■	■	■	■						
Veri Girişi										■	■	■	■	■					
Veri Değerlendirme													■	■	■	■	■	■	
Yazım										■	■	■	■	■	■	■	■	■	

## BULGULAR

### Sosyodemografik özellikler

Araştırma kapsamında 18 mahallede, 484 hane ziyaret edilmiş, toplam 1648 kişiyle görüşülmüştür. Ortalama hane halkı büyüklüğü 3,40'tır (%95 G.A: 3,24-3,57). Hanelerden birinde 9, birinde 10, ikisinde 11 kişi yaşamaktadır. Kırsal mahallelerde ortalama hane başına düşen nüfus Tablo 4'te verilmektedir.

**Tablo-4:** Ortalama hane halkı büyüklüğünün mahallelere göre dağılımı

Mahalleler	Ortalama hane halkı sayısı	%95 G.A	En az hane halkı sayısı	En fazla hane halkı sayısı
Ahmetbey	4,35	3,74-4,96	1	6
Badırğa	5,94	5,06-6,65	2	8
Belenören	2,78	2,17-3,58	1	11
Cihatlı	3,70	3,04-4,44	1	9
Çağrıışan	3,45	3,07-8,86	2	6
Çandarlı	3,46	2,79-4,18	1	8
Çaylıca	3,08	2,23-4,15	1	8
Güneykestane	2,94	2,25-3,75	1	6
Çivili	2,12	1,88-2,41	1	5
Dudaklı	3,57	3,14-4,00	1	6
Gedelek	3,00	2,58-3,39	1	5
Hamamlıkızık	3,57	3,04-4,14	1	8
Karaağız	4,00	3,24-4,84	1	10
Karahıdır	5,00	4,05-6,00	2	11
Nalbant	2,92	2,31-3,54	1	6
Ovaesemen	3,57	3,00-4,11	1	6
Selimiye	2,78	2,33-3,25	1	6
Yumurcaklı	3,33	2,77-3,90	1	7
<b>Toplam</b>	<b>3,40</b>	<b>3,24-3,57</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

Mahallelerin en yakın aile sağlığı merkezine, en yakın devlet hastanesine (DH), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesine ve Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine uzaklığı ve ulaşma süreleri Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo-5:** Mahallelerin en yakın kamu sağlık kuruluşlarına uzaklıkları ve ulaşma süreleri

İçeler	Mahalleler	En yakın ASM		En yakın Devlet Hastanesi		Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi		Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	
		km	dk	km	dk	km	dk	km	dk
Osmangazi	Ahmetbey	6,8	11	12,9	20	24,6	28	19,4	27
Nilüfer	Badırğa	28,0	24	34,3	33	23,6	24	41,5	41
Keles	Belenören	13,3	18	13,3	18	79,2	88	78,6	85
Gemlik	Cihatlı	6,2	10	6,2	9	60,0	47	44,7	38
Mudanya	Çağrışan	3,8	6	3,3	5	20,4	22	21,9	26
İzmit	Çandarlı	16,8	27	23,3	37	121,0	110	96,1	96
İnegöl	Çaylıca	14,6	31	14,1	28	75,7	80	53,9	59
	Güneykestane	30,0	25	32,7	27	106,0	78	70,1	55
Orhaneli	Çivili	31,6	38	30,7	38	66,8	78	66,2	80
Kestel	Dudaklı	11,6	16	12,2	12	42,4	47	20,6	23
Orhangazi	Gedelek	6,9	9	9,2	15	53,8	46	49,7	35
Yıldırım	Hamamlıkızık	3,3	7	17,1	29	32,4	44	10,7	17
Büyükorhan	Karaağız	15,4	21	15,4	21	105,0	109	104,0	110
Gürsu	Karahıdır	8,2	15	9,1	14	39,7	49	18,0	22
Harmancık	Nalbant	8,1	10	8,1	10	107	106	106,0	106
Karacabey	Ovaesemen	25,7	31	25,0	25	78,1	63	96,0	90
Yenişehir	Selimiye	16,1	16	16,3	16	63,4	58	41,6	37
Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	16,4	18	15,0	17	67,4	61	85,4	80
<b>Ortalama uzaklık (km)</b>		14,60		16,57		64,81		56,91	
<b>(%95 G.A)</b>		(10,70-18,77)		(12,59-21,05)		(50,93-79,26)		(41,89-71,64)	
<b>Ortalama ulaşım süresi (dk)</b>		18,50		21,18		63,2		57,05	
<b>(%95 G.A)</b>		(14,22-23,23)		(16,39-25,22)		(51,30-77,23)		(43,23-72,16)	

Beş mahalle (Çağrışan, Çaylıca, Çivili, Ovaesemen ve Yumurcaklı) en yakın devlet hastanesine bağlı olduğu aile sağlığı merkezinden daha yakındır. Üç ilçede (Harmancık, Keles ve Büyükorhan) entegre sağlık hizmeti



sunulmaktadır (82) ve bu üç ilçede aile sağlığı merkezi devlet hastanesi içinde yer aldığı için, bu ilçelerden örnekleme çıkan üç mahallenin (Nalbant, Belenören ve Karaağız) bağlı olduğu aile sağlığı merkezi ile en yakın devlet hastanesi eşit uzaklıktadır.

Üç mahallede (Gedelek, Çandarlı ve Selimiye) sağlık evi ve sürekli hizmet veren ebe/hemşire bulunmaktadır. Mahalleler, aile sağlığı merkezine uzaklığı “10 km’den az” ile “10 km ve fazla” olarak iki gruba ayrıldığında; ilk grupta yer alan mahallelerin ortalama uzaklığı 6,19 km, ikinci grupta yer alan mahallelerin uzaklığı ise 19,95 km’dir (Tablo 6).

**Tablo-6:** Kırsal mahallelerin en yakın ASM’ye uzaklıkları (2 grup)

Gruplar	İlçeler	Mahalleler	ASM’ye uzaklık (km)	Mahallelerin ASM’ye ortalama uzaklıkları (km) (%95 G.A)
<10 km	Osmangazi	Ahmetbey	6,8	6,19 (4,80-7,50)
	Gemlik	Cihatlı	6,2	
	Mudanya	Çağrısan	3,8	
	Orhangazi	Gedelek	6,9	
	Yıldırım	Hamamlıkızık	3,3	
	Gürsu	Karahıdır	8,2	
	Harmancık	Nalbant	8,1	
≥10 km	Nilüfer	Badırğa	28,0	19,95 (15,97-27,26)
	Keles	Belenören	13,3	
	İznik	Çandarlı	16,8	
	İnegöl	Çaylıca	14,6	
		Güneykestane	30,0	
	Orhaneli	Çivili	31,6	
	Kestel	Dudaklı	11,6	
	Büyükorhan	Karaağız	15,4	
	Karacabey	Ovaesemen	25,7	
	Yenişehir	Selimiye	16,1	
	Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	16,4	
<b>Tüm mahallelerin ASM’ye ortalama uzaklığı (km) (%95 G.A)</b>			14,60 (10,70-18,77)	

Mahalleler, en yakın devlet hastanesine uzaklığı “10 km’den az” ve “10 km ve fazla” olan mahalleler olarak iki grupta Tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo-7:** Kırsal mahallelerin en yakın devlet hastanesine uzaklıkları

	<b>İlçeler</b>	<b>Mahalleler</b>	<b>DH’ye uzaklık (km)</b>	<b>Mahallelerin DH’ye ortalama uzaklıkları (km) (%95 G.A)</b>
<b>&lt;10 km</b>	Gemlik	Cihatlı	6,2	7,18 (5,04-8,76)
	Mudanya	Çağrısan	3,3	
	Orhangazi	Gedelek	9,2	
	Gürsu	Karahıdır	9,1	
	Harmancık	Nalbant	8,1	
<b>≥ 10 km</b>	Osmangazi	Ahmetbey	12,9	20,18 (16,26-24,93)
	Nilüfer	Badırğa	34,3	
	Keles	Belenören	13,3	
	İznik	Çandarlı	23,3	
	İnegöl	Çaylıca	14,1	
		Güneykestance	32,7	
	Orhaneli	Çivili	30,7	
	Kestel	Dudaklı	12,2	
	Yıldırım	Hamamlıkızık	17,1	
	Büyükorhan	Karaağız	15,4	
	Karacabey	Ovaesemen	25,0	
	Yenişehir	Selimiye	16,3	
	Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	15,0	
<b>Tüm mahallelerin DH’ye ortalama uzaklığı (km) (%95 G.A)</b>			16,57 (12,59-21,05)	

Mahalleler, en yakın ASM'ye ulaşma süresi "30 dk'dan az" ve "30 dk ve fazla" olan mahalleler olmak üzere iki grupta Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo-8:** Kırsal mahallelerin en yakın ASM'ye ulaşma süreleri

	<b>İlçeler</b>	<b>Mahalleler</b>	<b>ASM'ye süreleri dk</b>	<b>ASM'ye ortalama ulaşma süreleri (dk) (%95 G.A)</b>
<b>&lt;30 Dk</b>	Osmangazi	Ahmetbey	11	17,33 (10,00-24,00)
	Nilüfer	Badırga	24	
	Keles	Belenören	18	
	Gemlik	Cihatlı	10	
	Mudanya	Çağrıışan	6	
	İznik	Çandarlı	27	
	İnegöl	Güneykestane	25	
	Kestel	Dudaklı	16	
	Orhangazi	Gedelek	9	
	Yıldırım	Hamamlıkızık	7	
	Büyükorhan	Karaağız	21	
	Gürsu	Karahıdır	15	
	Harmancık	Nalbant	10	
	Yenişehir	Selimiye	16	
	Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	18	
<b>≥30 Dk</b>	İnegöl	Çaylıca	31	33,33 (31,00-38,00)
	Orhaneli	Çivili	38	
	Karacabey	Ovaesemen	31	
<b>ASM'ye ortalama ulaşma süresi (dk) (%95 G.A)</b>			18,50 (14,22-23,23)	

Mahalleler, en yakın devlet hastanesine ulaşma süresi “30 dk’dan az” ve “30 dk ve fazla” olan mahalleler olmak üzere iki grupta Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo- 9:** Kırsal mahallelerin en yakın devlet hastanesine ulaşma süreleri

	<b>İlçeler</b>	<b>Mahalleler</b>	<b>DH’ye ulaşma süreleri dk</b>	<b>DH’ye ortalama ulaşma süreleri (dk) (%95 G.A)</b>
<b>&lt;30 Dk</b>	Osmangazi	Ahmetbey	20	18,13 (14,33-21,47)
	Keles	Belenören	18	
	Gemlik	Cihatlı	9	
	Mudanya	Çağrısan	5	
	İnegöl	Çaylıca	28	
	İnegöl	Güneykestane	27	
	Kestel	Dudaklı	12	
	Orhangazi	Gedelek	15	
	Yıldırım	Hamamlıkızık	29	
	Büyükorhan	Karaağız	21	
	Gürsu	Karahıdır	14	
	Harmancık	Nalbant	10	
	Karacabey	Ovaesemen	25	
	Yenişehir	Selimiye	16	
	Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	17	
<b>≥30 Dk</b>	Nilüfer	Badırğa	33	36,00 (33,00-38,00)
	İznik	Çandarlı	37	
	Orhaneli	Çivili	38	
<b>DH’ye ortalama ulaşma süresi (dk) (%95 G.A)</b>			20,78 (16,39-25,22)	

Aylık toplam hane gelirine bakıldığında hanelerin %0,4'ü herhangi bir geliri olmadığını, %17,8'i ise 2500TL ve üzeri aylık toplam hane gelirine sahip olduğunu belirtmektedir (Tablo 10).

**Tablo-10:** Hanede yaşayan kişi sayısına göre hanelerin ekonomik özellikleri

<i>Aylık toplam hane geliri</i>	<b>Hanede yaşayan kişi sayısı</b>					<b>Toplam</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5+</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
0 TL (Gelir sahibi olmayan)	1	1	0	0	0	2	0,4
500 TL altı	5	13	5	5	7	35	7,2
501-1000 TL	7	16	7	13	6	49	10,1
1001-1500 TL	19	83	26	23	32	189	39,1
1501-2000 TL	4	35	17	15	23	94	19,4
2001-2500 TL	1	4	3	8	13	29	6,0
2501 TL ve üstü	2	14	14	18	38	86	17,8
<b>Toplam</b>	<b>39</b>	<b>166</b>	<b>72</b>	<b>82</b>	<b>119</b>	<b>484</b>	<b>100,0</b>

Araştırma kapsamına alınan 484 hanenin 220'sinde (%45,4) ulaşım için kullanılabilir en az bir araç bulunmaktadır. Ulaşım için kullanılabileceği aracı olmayan hanelerden 73'ünün sadece traktör sahibi olduğu tespit edilmiş; ancak traktör ulaşım amacıyla kullanılmadığı için bu haneler aracı olmayanlar grubunda yer almıştır (Tablo 11).

**Tablo-11:** Ulaşım için kullanılabilir araç varlığı

<b>Taşıt varlığı</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Aracı olmayan haneler (n=264)</b>	Hiçbir aracı olmayanlar	191	39,5
	Sadece traktör sahibi olanlar	73	15,1
<b>Ulaşım için aracı olan haneler (n=220)</b>	Sadece otomobil	109	22,5
	Sadece kamyonet	6	1,2
	Sadece minibüs	2	0,4
	Otomobil ve traktör	97	20,1
	Otomobil ve minibüs	2	0,4
	Traktör ve kamyonet	2	0,4
	Minibüs ve traktör	1	0,2
	Otomobil, kamyonet ve traktör	1	0,2
<b>Toplam</b>		<b>484</b>	<b>100,0</b>

2016 yılı içinde 18 kırsal mahallenin 16 hanesinde 18 ölüm (11'i kadın, 7'si erkek) gerçekleşmiştir. Bunlardan 2'si altmış yaşın altındadır. Son bir yılda bebek ve anne ölümü saptanmamıştır (Tablo 12).

**Tablo-12:** Mahallelerde görüşülen hanelerde son bir yılda ölen sayıları

<b>İlçeler</b>	<b>Mahalleler</b>	<b>Son bir yılda ölen sayısı</b>
Osmangazi	Ahmetbey	0
Nilüfer	Badırga	1
Keles	Belenören	0
Gemlik	Cihatlı	0
Mudanya	Çağrısan	0
İznik	Çandarlı	0
İnegöl	Çaylıca	1
	Güneykestane	2
Orhaneli	Çivili	2
Kestel	Dudaklı	2
Orhangazi	Gedelek	1
Yıldırım	Hamamlıkızık	0
Büyükorhan	Karaağız	2
Gürsu	Karahıdır	1
Harmancık	Nalbant	0
Karacabey	Ovaesemen	2
Yenişehir	Selimiye	0
Mustafa Kemal Paşa	Yumurcaklı	4
Toplam		18

Kırsal mahallelere göre cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır ( $\chi^2=9,065$ ;  $p=0,938$ ). Kırsal mahallelerde cinsiyet dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo-13:** Kırsal mahallelerde cinsiyet dağılımı

Mahalleler	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	52	52,0	48	48,0	100	6,1
Badırğa	50	49,5	51	50,5	101	6,1
Belenören	45	45,0	55	55,0	100	6,1
Cihatlı	47	47,0	53	53,0	100	6,1
Çağrıışan	51	51,0	49	49,0	100	6,1
Çandarlı	50	51,5	47	48,5	97	5,9
Çaylıca	21	52,5	19	47,5	40	2,4
Güneykeşane	21	44,7	26	55,3	47	2,9
Çivili	47	54,0	40	46,0	87	5,3
Dudaklı	45	45,0	55	55,0	100	6,1
Gedek	43	43,0	57	57,0	100	6,1
Hamamlıkızık	48	48,0	52	52,0	100	6,1
Karaağız	57	57,0	43	43,0	100	6,1
Karahıdır	50	50,0	50	50,0	100	6,1
Nalbant	34	44,7	42	55,3	76	4,6
Ovaesemen	51	51,0	49	49,0	100	6,1
Selimiye	53	53,0	47	47,0	100	6,1
Yumurcaklı	51	51,0	49	49,0	100	6,1
<b>Toplam*</b>	<b>816</b>	<b>49,5</b>	<b>832</b>	<b>50,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 14'te verilmiştir. Katılımcılardan 1402 kişi 15 yaş ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların %16,7'si, kadınların %17,3'u, erkeklerin %16,3'sü 65 yaş ve üzerindedir. Yaş gruplarına göre cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $\chi^2=17,059$ ;  $p=0,586$ ).

**Tablo-14:** Cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılım

Yaş Grubu	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
0-4	32	3,9	31	3,7	63	3,8
5-9	49	6,0	43	5,2	92	5,6
10-14	33	4,0	58	7,0	91	5,5
15-19	63	7,7	80	9,6	143	8,8
20-24	47	5,8	50	6,0	97	5,9
25-29	33	4,0	41	4,9	74	4,5
30-34	53	6,5	48	5,8	101	6,1
35-39	49	6,0	41	4,9	90	5,5
40-44	59	7,2	55	6,6	114	6,9
45-49	62	7,6	69	8,3	131	7,9
50-54	56	6,9	50	6,0	106	6,4
55-59	71	8,7	65	7,8	136	8,3
60-64	68	8,4	66	7,9	134	8,1
65-69	45	5,5	45	5,4	90	5,5
70-74	40	4,9	43	5,2	83	5,0
75-79	34	4,2	25	3,0	59	3,6
80-84	14	1,7	13	1,6	27	1,6
85-89	4	0,5	8	1,0	12	0,7
90-94	3	0,4	1	0,1	4	0,2
95+	1	0,1	0	0	1	0,1
<b>Toplam</b>	816	100,0	832	100,0	1648	100,0

\*Sütun Yüzdesi

Katılımcıların yaş ortalaması 40,97 (%95 G.A: 39,86-42,15) (en az 0 - en çok 96) yıldır. Kadınların yaş ortalaması 41,80 (%95 G.A: 40,14-43,38), erkeklerin 40,16 (%95 G.A: 38,58-41,65) yıldır. Cinsiyetler arasında yaş



ortalaması açısından anlamlı fark bulunmamaktadır ( $t=1,484$ ;  $p>0,05$ ). Ortanca yaş tüm nüfusta 43; kadınlarda 44, erkeklerde 42'dir.

Kırsal mahallelerin cinsiyete göre ortalama yaşlarına bakıldığında; Gedelek ve Nalbant mahallelerinde ortalama yaş kadınlarda anlamlı olarak daha yüksektir, diğer mahallelerde anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 15).

**Tablo-15:** Kırsal mahallelerde cinsiyete göre ortalama yaş dağılımı

Mahalleler	Kadın	Erkek	Toplam	t	p
	Ortalama yaş (%95 GA)	Ortalama yaş (%95 GA)	Ortalama yaş (%95 GA)		
Ahmetbey	35,69 (29,79-40,96)	37,31 (31,38-42,96)	36,47 (31,93-40,49)	-0,378	0,706
Badırğa	37,70 (31,72-43,24)	39,84 (33,86-45,51)	38,78 (34,52-42,84)	-0,513	0,609
Belenören	53,24 (47,03-59,18)	46,38 (39,44-53,09)	49,47 (44,94-54,02)	1,468	0,145
Cihatlı	37,57 (31,43-43,87)	40,62 (34,70-46,58)	39,19 (34,92-43,16)	-0,708	0,481
Çağrıışan	32,53 (27,57-38,02)	33,57 (27,55-39,57)	33,04 (29,38-37,11)	-0,259	0,796
Çandarlı	42,70 (36,70-49,52)	41,09 (33,98-47,70)	41,92 (29,38-37,11)	0,327	0,744
Çaylıca	50,48 (42,00-58,71)	55,05 (45,16-64,21)	52,65 (46,15-59,22)	-0,687	0,496
Güneykeşane	50,62 (41,53-58,86)	40,62 (33,62-47,54)	45,09 (38,81-51,23)	1,691	0,098
Çivili	54,87 (49,02-60,49)	55,05 (48,64-60,50)	54,95 (51,10-58,86)	-0,044	0,965
Dudaklı	45,62 (39,58-51,42)	37,36 (31,95-42,82)	41,08 (36,98-45,26)	1,972	0,051
Gedelek	43,65 (37,10-50,23)	34,23 (28,09-40,25)	38,28 (34,04-42,85)	<b>2,121</b>	<b>0,036</b>
Hamamlıkızık	40,40 (34,21-46,92)	37,15 (30,88-46,92)	38,71 (34,19-42,96)	0,726	0,469
Karaağız	29,65 (23,81-35,26)	30,98 (24,56-37,49)	30,22 (25,86-34,20)	-0,302	0,763
Karahıdır	30,26 (24,06-36,44)	32,20 (26,62-38,34)	31,23 (26,93-35,42)	-0,441	0,660
Nalbant	55,88 (50,88-60,26)	38,50 (30,79-45,19)	46,28 (41,76-50,80)	<b>3,840</b>	<b>0,000</b>
Ovaesemen	41,29 (35,53-47,02)	44,04 (38,11-50,06)	42,64 (38,42-46,79)	-0,641	0,523
Selimiye	43,25 (37,26-49,64)	48,40 (42,49-54,70)	45,67 (41,12-50,03)	-1,147	0,254
Yumurcaklı	45,86 (39,61-51,65)	42,33 (36,04-48,59)	44,13 (39,89-48,10)	0,814	0,417
<b>Toplam</b>	41,80 (40,14-43,38)	40,16 (38,58-41,65)	40,97 (39,86-42,15)	1,484	0,138

15 yaş ve üzerindeki bireylerin cinsiyete göre medeni durumları anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=56,485$ ;  $p=0,000$ ). Bireylerin cinsiyete ve yaş gruplarına göre medeni durumlarının dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo-16:** Bireylerin medeni durumlarının cinsiyete ve yaş gruplarına göre dağılımı (15 yaş ve üzeri)

Medeni durum	Yaş grubu								Toplam			
	15-44 Yaş				45+ Yaş				Kadın		Erkek	
	Kadın		Erkek		Kadın		Erkek		Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	112	36,8	180	57,1	6	1,5	12	3,1	118	16,8	192	27,4
Evlü	182	59,9	133	42,3	304	76,4	344	89,4	486	69,2	477	68,1
Dul eşi ölmüş	3	1,0	0	0,0	87	21,9	25	6,5	90	12,8	25	3,6
Boşanmış	5	1,6	2	0,6	1	0,3	4	1,0	6	0,9	6	0,9
Eşinden ayrı yaşıyor	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0
<b>Toplam</b>	<b>304</b>	<b>100,0</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>	<b>398</b>	<b>100,0</b>	<b>385</b>	<b>100,0</b>	<b>702</b>	<b>100,0</b>	<b>700</b>	<b>100,0</b>
	$\chi^2=28,818$ P=0,000				$\chi^2=41,831$ P=0,000				$\chi^2=58,151$ P=0,000			

On beş yaş ve üzeri erkeklerde öğrenim durumu kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=84,292$ ;  $p=0,000$ ). Kadınların %15,4'ü okuryazar değilken, erkeklerde bu oran %3,6'dır (Tablo 17).

**Tablo-17:** Bireylerin öğrenim durumunun cinsiyete göre dağılımı

Öğrenim durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Okuryazar olmayan	108	15,4	25	3,6	133	9,5
Okuryazar	61	8,7	37	5,3	98	7,0
İlkokul mezunu	361	51,4	367	52,4	728	51,9
Ortaokul mezunu	98	14,0	146	20,9	244	17,4
Lise mezunu	42	6,0	89	12,7	131	9,3
Yüksekokul mezunu	14	2,0	15	2,1	29	2,1
Üniversite/lisans/doktora bitirmiş	18	2,5	21	3,0	39	2,8
<b>Toplam</b>	<b>702</b>	<b>100,0</b>	<b>700</b>	<b>100,0</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>

\*Sütun Yüzdesi

Öğrenim düzeyleri açısından kırsal mahalleler arasında da anlamlı fark bulunmaktadır ( $\chi^2=50,308$ ;  $p=0,000$ ). Çaylıca mahallesinde ortaokul üstü öğrenim gören kişi bulunmamaktadır. Kırsal mahallelere göre öğrenim durumu Tablo 18'de verilmektedir.

**Tablo-18:** Öğrenim durumunun mahallelere göre dağılımı (15 yaş ve üstü)

Mahalleler	Öğrenim durumu				Toplam	
	Ortaokul mezunu ve daha düşük		Lise mezunu ve üzeri			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	70	84,3	13	15,7	83	5,9
Badırğa	78	91,8	7	8,2	85	6,1
Belenören	78	86,7	12	13,3	90	6,4
Cihatlı	79	87,8	11	12,2	90	6,4
Çağrışan	58	72,5	22	27,5	80	5,7
Çandarlı	64	80,0	16	20,0	80	5,7
Çaylıca	38	100,0	0	0,0	38	2,7
Güneykestane	36	81,8	8	18,2	44	3,1
Çivili	80	96,4	3	3,6	83	5,9
Dudaklı	73	79,3	19	20,7	92	6,6
Gedelek	67	79,8	17	20,2	84	6,0
Hamamlıkızık	72	87,8	10	12,2	82	5,8
Karaağz	61	95,3	3	4,7	64	4,6
Karahıdır	70	95,9	3	4,1	73	5,2
Nalbant	56	84,8	10	15,2	66	4,7
Ovaesemen	75	84,3	14	15,7	89	6,3
Selimiye	71	80,7	17	19,3	88	6,3
Yumurcaklı	77	84,6	14	15,4	91	6,5
Toplam*	1203	85,8	199	14,2	1402	100,0

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

Katılımcılardan %8,2'sinin (135 kişi) sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvenceye sahip olmak açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $\chi^2=1,986$ ;  $p=0,159$ ). Bireylerin yaş gruplarına göre sosyal güvence sahipliği anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=80,652$ ;  $p=0,000$ ), sosyal güvence 18-44 yaş grubunda ki nüfusta diğer yaş gruptakilerine göre anlamlı olarak daha azdır. Medeni duruma göre sosyal güvence varlığı anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=28,948$ ;  $p=0,000$ ), bekarlar sosyal güvenceye anlamlı olarak daha az sahiptir. Bazı değişkenlere göre sosyal güvence durumunun dağılımı Tablo 19'da verilmiştir.

**Tablo–19:** Sosyal güvence durumunun bazı değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler		Sosyal Güvence				Toplam		$\chi^2$	p
		Var		Yok		Sayı	%**		
		Sayı	%*	Sayı	%*				
Cinsiyet	Kadın	757	92,8	59	7,2	816	49,5	1,986	0,159
	Erkek	756	90,9	76	9,1	832	50,5		
	<b>Toplam*</b>	<b>1513</b>	<b>91,8</b>	<b>135</b>	<b>8,2</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
Yaş grubu	0-17	346	100,0	0	0,0	346	21,0	80,652	0,000
	18-44	434	83,6	85	16,4	519	31,5		
	45-64	476	93,9	31	6,1	507	30,8		
	65+	257	93,1	19	6,9	276	16,7		
	<b>Toplam*</b>	<b>1513</b>	<b>91,8</b>	<b>135</b>	<b>8,2</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
Medeni Durum	Bekar	262	84,5	48	15,5	310	22,1	28,948	0,000
	Evli	891	92,5	72	7,5	962	68,7		
	Dul/Boşanmış/ Eşinden ayrı yaşıyor	114	88,4	15	11,6	129	9,2		
	<b>Toplam*</b>	<b>1267</b>	<b>90,4</b>	<b>135</b>	<b>9,6</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

Sosyal güvence varlığı açısından mahalleler arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $\chi^2=108,335$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 20).

**Tablo–20:** Sosyal güvence durumunun mahallelere göre dağılımı

Mahalleler	Sosyal Güvence				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	98	98,0	2	2,0	100	6,1
Badırga	96	95,0	5	5,0	101	6,1
Belenören	94	94,0	6	6,0	100	6,1
Cihatlı	95	95,0	5	5,0	100	6,1
Çağrıışan	98	98,0	2	2,0	100	6,1
Çandarlı	68	70,1	29	29,9	97	5,8
Çaylıca	37	92,5	3	7,5	40	2,4
Güneykestane	39	83,0	8	17,0	47	2,8
Çivili	87	100,0	0	0,0	87	5,2
Dudaklı	87	87,0	13	13,0	100	6,1
Gedelek	94	94,0	6	6,0	100	6,1
Hamamlıkızık	92	92,0	8	8,0	100	6,1
Karaağız	98	98,0	2	2,0	100	6,1
Karahıdır	86	86,0	14	14,0	100	6,1
Nalbant	68	89,5	8	10,5	76	4,5
Ovaesemen	86	86,0	14	14,0	100	6,1
Selimiye	96	96,0	4	4,0	100	6,1
Yumurcaklı	94	94,0	6	6,0	100	6,1
Toplam	1513	91,8	135	8,2	1648	100,0

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

15-64 yaş bireylerin %34,9'u çalışmaktadır. 25-64 yaş grubundaki bireyler, 15-24 yaş grubundaki bireylere göre daha çok çalışma hayatı içindedir ( $\chi^2=17,967$   $p=0,000$ ). Çalışan bireylerin çalışma durumları Tablo 21'de verilmiştir.

**Tablo-21:** Bireylerin yaş gruplarına göre çalışma durumu (15-64 yaş)

Yaş grubu	Çalışma Durumu				Toplam	
	Çalışıyor		Çalışmıyor			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
15-24 yaş	56	23,3	184	76,7	240	21,3
25-64 yaş	337	38,0	549	62,0	886	78,7
<b>Toplam</b>	<b>393</b>	<b>34,9</b>	<b>733</b>	<b>65,1</b>	<b>1126</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla çalışma hayatı içindedir ( $\chi^2=341,561$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 22).

**Tablo-22:** Bireylerin cinsiyete göre çalışma durumu (15-64 yaş)

Cinsiyet	Çalışma durumu				Toplam	
	Çalışıyor		Çalışmıyor			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Kadın	48	8,6	513	91,4	561	49,8
Erkek	345	61,1	220	38,9	565	50,2
<b>Toplam*</b>	<b>393</b>	<b>34,9</b>	<b>733</b>	<b>65,1</b>	<b>1126</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

15-64 yaş bireylerin yaşadıkları mahalleye göre çalışma durumları anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=32,658$ ;  $p=0,012$ ) (Tablo 23).

**Tablo-23:** Bireylerin yaşadıkları mahalleye göre çalışma durumu (15-64 yaş)

Mahalleler	Çalışma durumu				Toplam	
	Çalışıyor		Çalışmıyor			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	28	39,4	43	60,6	71	6,3
Badırğa	29	38,7	46	61,3	75	6,7
Belenören	20	33,3	40	66,7	60	5,3
Cihatlı	32	42,7	43	57,3	75	6,7
Çağrısan	29	40,3	43	59,7	72	6,4
Çandarlı	12	20,0	48	80,0	60	5,3
Çaylıca	6	26,1	17	73,9	23	2,0
Güneykestane	18	51,4	17	48,6	35	3,1
Çivili	12	21,8	43	78,2	55	4,9
Dudaklı	34	44,7	42	55,3	76	6,7
Gedelek	28	41,2	40	58,8	68	6,0
Hamamlıkızık	25	35,2	46	64,8	71	6,3
Karaağız	19	32,2	40	67,8	59	5,2
Karahıdır	23	35,9	41	64,1	64	5,7
Nalbant	10	18,9	43	81,1	53	4,7
Ovaesemen	27	38,0	44	62,0	71	6,3
Selimiye	23	33,8	45	66,2	68	6,0
Yumurcaklı	18	25,7	52	74,3	70	6,2
<b>Toplam*</b>	<b>393</b>	<b>34,9</b>	<b>733</b>	<b>65,1</b>	<b>1126</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

## Araştırmaya katılanların algılanan sağlık, özürllük ve kronik hastalık durumu

### Algılanan sağlık

15 yaş ve üstü bireylerin %78,8'i algılanan sağlık durumlarını iyi, %21,2'si iyiden kötü olarak nitelendirmiştir. Erkekler kadınlara göre sağlıklarını anlamlı olarak daha iyi algılamaktadır ( $\chi^2=18,074$ ;  $p=0,001$ ). Cinsiyete göre algılanan sağlık durumu Tablo 24'te verilmiştir.

**Tablo-24:** Cinsiyete göre algılanan sağlık durumu

Algılanan sağlık	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Çok iyi	34	4,8	67	9,6	101	7,1
İyi	501	71,4	504	72,0	1005	71,7
Orta	138	19,7	114	16,3	252	18,0
Kötü	20	2,8	12	1,7	32	2,3
Çok kötü	9	1,3	3	0,4	12	0,9
<b>Toplam**</b>	<b>702</b>	<b>50,1</b>	<b>700</b>	<b>49,9</b>	<b>1402</b>	<b>100</b>

\*Sütun Yüzdesi

\*\*Satır Yüzdesi

Kronik hastalığı olanlar sağlıklarını kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı olarak daha kötü algılamaktadır ( $\chi^2=58,704$ ;  $p=0,000$ ). Bazı değişkenlere göre katılımcıların sağlık algıları Tablo 25'te verilmiştir.



**Tablo-25:** Bazı değişkenlere göre algılanan sağlık durumu

Değişkenler		Algılanan sağlık				Toplam		χ <sup>2</sup>	p
		İyi		İyiden kötü					
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
Cinsiyet	Kadın	535	76,2	167	23,8	702	50,1	6,047	0,014
	Erkek	571	81,6	129	18,4	700	49,9		
Yaş grubu	15-44	459	88,4	60	11,6	519	31,5	62,001	0,000
	45-64	370	73,0	137	27,0	507	30,8		
	65+	189	68,5	87	31,5	276	16,7		
Medeni Durum	Bekar	278	89,7	32	10,3	310	22,1	33,728	0,000
	Evli	738	76,6	225	23,4	963	68,7		
	Dul/Boşanmış/ Eşinden ayrı yaşıyor	90	69,8	39	30,2	129	9,2		
Kronik hastalık	Olanlar	346	67,8	164	32,2	510	36,4	58,704	0,000
	Olmayanlar	760	85,2	132	14,8	892	63,6		
Toplam*		1106	78,9	296	21,1	1402	100,0		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

15-64 yaş bireylerde çalışanlar sağlığını çalışmayanlara göre anlamlı olarak daha iyi algılamaktadır ( $\chi^2=5,029$ ;  $p=0,025$ ) (Tablo 26).

**Tablo-26:** Çalışma ve sosyal güvence durumuna göre algılanan sağlık durumu

Değişkenler		Algılanan Sağlık				Toplam		χ <sup>2</sup>	p
		İyi		İyiden kötü					
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	334	85,0	59	15,0	393	34,9	5,029	0,025
	Çalışmıyor	583	79,5	150	20,5	733	65,1		
	Toplam*	917	81,4	209	18,6	1126	100,0		
Sosyal Güvence Durumu	Var	997	78,7	270	21,3	1267	90,4	0,308	0,579
	Yok	109	80,7	26	19,3	135	9,6		
	Toplam*	1106	78,9	296	21,1	1402	100,0		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

Mahallelere göre katılımcıların sağlık algısı anlamlı olarak farklıdır (  $\chi^2=40,300$ ;  $p=0,001$ ). Mahallelere göre katılımcıların algılanan sağlık durumları Tablo 27'de verilmiştir.

**Tablo-27:** Mahallelere göre algılanan sağlık durumu

Mahalleler	Algılanan sağlık				Toplam	
	İyi		İyiden kötü			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	67	80,7	16	19,3	83	5,9
Badırğa	78	91,8	7	8,2	85	6,1
Belenören	71	78,9	19	21,1	90	6,4
Cihatlı	78	86,7	12	13,3	90	6,4
Çağrıışan	53	66,3	27	33,7	80	5,7
Çandarlı	63	78,8	17	21,2	80	5,7
Çaylıca	27	71,1	11	28,9	38	2,7
Güneykeşane	33	75,0	11	25,0	44	3,1
Çivili	68	81,9	15	18,1	83	5,9
Dudaklı	75	81,5	17	18,5	92	6,6
Gedelek	66	78,6	18	21,4	84	6,0
Hamamlıkızık	62	75,6	20	24,4	82	5,8
Karaağız	50	78,1	14	21,9	64	4,6
Karahıdır	57	78,1	16	21,9	73	5,2
Nalbant	45	68,2	21	31,8	66	4,7
Ovaesemen	80	89,9	9	10,1	89	6,3
Selimiye	71	80,7	17	19,3	88	6,3
Yumurcaklı	62	68,1	29	31,9	91	6,5
<b>Toplam</b>	<b>1106</b>	<b>78,9</b>	<b>296</b>	<b>21,1</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

## Özürlülük

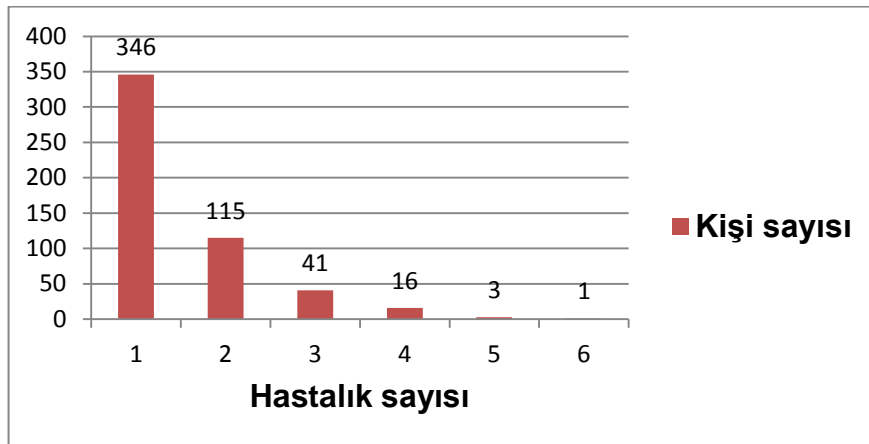
Mahallelerde özürlü 16 kişi (6 kişi fiziksel, 4 kişi zihinsel, 4 kişi görme, 1 kişi işitme, 1 kişi hem zihinsel hem de görme) bulunmaktadır (Tablo 28).

**Tablo-28:** Özürlü kişilerin yaşadığı mahallelerin dağılımı

Mahalleler	Özürlülük
Ahmetbey	1 görme
Badırğa	1 zihinsel
Çağrıışan	2 zihinsel
Çaylıca	1 görme
Güneykestane	1 fiziksel
Çivili	1 görme, 1 hem zihinsel hem de görme
Dudaklı	1 fiziksel
Gedelek	1 fiziksel
Karaağız	1 işitme
Karahıdır	1 görme
Nalbant	1 fiziksel
Yumurcaklı	1 zihinsel, 2 fiziksel

## Kronik hastalık

Tüm bireylerin % 31,6'sının (522 kişi) en az bir tane doktor tanılı kronik hastalığı bulunmaktadır. Birden fazla kronik hastalığı olan 176 birey bulunmaktadır (Şekil 2). Toplam 784 kronik hastalık saptanmıştır. Mahallelere göre kronik hastalığı olan kişi sayıları Tablo 29'da verilmiştir.



**Şekil-2:** Katılımcıların kronik hastalık sayıları

**Tablo-29:** Kronik hastalık sayısına göre kişi sayılarının mahallelere göre dağılımı

Mahalleler	Kronik Hastalık Sayısı						Toplam*	Toplam**
	1	2	3	4	5	6		
Ahmetbey	16	10	4	1	0	1	32	58
Badırğa	26	8	4	0	0	0	38	54
Belenören	25	9	2	0	0	0	36	49
Cihatlı	13	7	3	1	0	0	24	40
Çağrısan	27	3	2	2	0	0	34	47
Çandarlı	20	7	2	0	0	0	29	40
Çaylıca	5	6	2	0	0	0	13	23
Güneykeşane	9	6	1	0	0	0	16	24
Çivili	31	6	2	1	0	0	40	53
Dudaklı	17	6	0	3	0	0	26	41
Gedelek	21	6	4	1	0	0	32	49
Hamamlıkızık	22	7	1	0	0	0	30	39
Karaağız	13	1	1	0	0	0	15	18
Karahıdır	14	6	1	1	0	0	22	33
Nalbant	17	9	3	1	0	0	30	48
Ovaesemen	28	1	1	0	0	0	30	33
Selimiye	19	12	2	3	1	0	37	66
Yumurcaklı	23	5	6	2	2	0	38	69
<b>Toplam*</b>	<b>346</b>	<b>115</b>	<b>41</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>522</b>	<b>-</b>
<b>Toplam**</b>	<b>346</b>	<b>230</b>	<b>123</b>	<b>64</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>784</b>

\*Kronik hastalığı olan kişi sayısı

\*\*Kronik hastalık sayısı

Ahmetbey, Belenören, Güneykeşane, Gedelek, Hamamlıkızık, Nalbant ve Yumurcaklı mahallelerinde kadınlarda erkeklere göre kronik hastalık anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 30). Diğer mahallelerde cinsiyetler arası kronik hastalık varlığı açısından fark saptanmamıştır.

**Tablo-30:** Mahallelerin cinsiyete göre kronik hastalığı olan kişi dağılımı

Mahalleler	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)		
Ahmetbey	22	42,3	10	20,8	32	32,0	5,290	<b>0,021</b>
Badırğa	19	38,0	19	37,3	38	37,6	0,006	0,938
Belenören	21	46,7	15	26,8	36	36,0	4,040	<b>0,044</b>
Cihatlı	12	25,5	12	22,6	24	24,0	0,114	0,736
Çağrıışan	19	37,3	15	30,6	34	34,0	0,491	0,483
Çandarlı	17	34,0	12	25,5	29	29,9	0,829	0,363
Çaylıca	9	42,9	4	21,1	13	32,5	2,162	0,141
Güneykeстане	14	66,7	2	7,7	16	34,0	17,994	<b>0,000</b>
Çivili	25	53,2	15	37,5	40	46,0	1,509	0,282
Dudaklı	15	33,3	11	20,0	26	26,0	2,287	0,130
Gedelek	20	46,5	12	21,1	32	32,0	7,301	<b>0,007</b>
Hamamlıkızık	19	39,6	11	21,2	30	30,0	4,037	<b>0,045</b>
Karaağız	12	21,1	3	7,0	15	15,0	3,809	0,051
Karahıdır	11	22,0	11	22,0	22	22,0	0,00	1
Nalbant	19	55,9	11	26,2	30	39,5	6,933	<b>0,008</b>
Ovaesemen	16	31,4	14	28,6	30	30,0	0,093	0,760
Selimiye	19	35,8	18	38,3	37	37,0	0,64	0,800
Yumurcaklı	26	51,0	12	24,5	38	38,0	7,443	<b>0,006</b>
<b>Toplam</b>	<b>315</b>	<b>38,6</b>	<b>207</b>	<b>24,9</b>	<b>522</b>	<b>31,7</b>	<b>35,848</b>	<b>0,000</b>

\*Cinsiyet içi kronik hastalığı olanların yüzdesi

Cinsiyete, yaş gruplarına ve medeni duruma göre kronik hastalık varlığı açısından katılımcılar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Kadınlarda, 65 yaş ve üstünde, dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanlarda kronik hastalık anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 31-32 ).

**Tablo-31:** Katılımcıların bazı özelliklerine göre kronik hastalık durumu

Değişkenler	Kronik hastalık				Toplam		$\chi^2$	p
	Var		Yok					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	315	38,6	501	61,4	816	49,5	35,8	0,000
Erkek	207	24,9	625	75,1	832	50,5		
<b>Toplam*</b>	<b>522</b>	<b>31,7</b>	<b>1126</b>	<b>68,3</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b>Yaş Grubu</b>								
0-17	19	5,5	327	94,5	346	21,0	468,1	0,000
18-44	67	12,9	452	87,1	519	31,5		
45-64	232	45,8	275	54,2	507	30,8		
65yaş ve üstü	204	73,9	72	26,1	276	16,7		
<b>Toplam*</b>	<b>522</b>	<b>31,7</b>	<b>1126</b>	<b>68,3</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	26	8,4	285	91,6	311	22,2	173,9	0,000
Evli	395	41,1	567	58,9	962	68,6		
Dul/Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor	89	69,0	40	31,0	129	9,2		
<b>Toplam*</b>	<b>510</b>	<b>36,4</b>	<b>892</b>	<b>63,6</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

**Tablo-32:** Katılımcıların yaş grupları ve cinsiyete göre kronik hastalık durumu

Yaş grupları	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2$	p
	Kronik hastalık		Kronik hastalık		Kronik hastalık			
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)		
<b>0-17</b>	9 (5,6)	151 (94,4)	10 (5,4)	176 (94,6)	19 (5,5)	327 (94,5)	0,010	0,919
<b>18-44</b>	50 (19,4)	208 (80,6)	17 (6,5)	244 (93,5)	67 (12,9)	452 (87,1)	19,104	0,000
<b>45-64</b>	147 (57,2)	110 (42,8)	85 (34,0)	165 (66,0)	232 (45,8)	275 (54,2)	27,478	0,000
<b>65+</b>	109 (77,3)	32 (22,7)	95 (70,4)	40 (29,6)	204 (73,9)	72 (26,1)	1,720	0,190
<b>Toplam*</b>	<b>315 (38,6)</b>	<b>501 (61,4)</b>	<b>207 (24,9)</b>	<b>625 (74,6)</b>	<b>522 (31,7)</b>	<b>1126 (68,3)</b>	<b>35,848</b>	<b>0,000</b>

\*Satır Yüzdesi

Katılımcıların çalışma ve sosyal güvence durumlarına göre kronik hastalık durumu Tablo 33'de gösterilmiştir. Çalışmayanlarda ve sosyal güvencesi olanlarda kronik hastalık anlamlı olarak daha fazladır.

**Tablo-33:** Katılımcıların bazı özelliklerine göre kronik hastalık durumu

Değişkenler	Kronik hastalık				Toplam		$\chi^2$	p
	Var		Yok					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
<b>Çalışma Durumu</b>							37,892	<b>0,000</b>
Çalışıyor	63	16,0	330	84,0	393	34,9		
Çalışmıyor	243	33,2	490	66,8	733	65,1		
<b>Toplam*</b>	<b>306</b>	<b>27,2</b>	<b>820</b>	<b>72,8</b>	<b>1126</b>	<b>100,0</b>		
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>							6,071	<b>0,014</b>
Var	492	32,5	1021	67,5	1513	91,8		
Yok	30	22,2	105	77,8	135	8,2		
<b>Toplam*</b>	<b>522</b>	<b>31,7</b>	<b>1126</b>	<b>68,3</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

522 kişide var olan toplam 784 kronik hastalığın %78,7'sinin düzenli olarak takibi yapılmaktadır. Katılımcıların bazı özelliklerine göre kronik hastalıklarının takip sürekliliği Tablo 34'de verilmiştir.

**Tablo-34:** Katılımcıların bazı özelliklerine göre kronik hastalıklarının düzenli takip edilme durumu

Değişkenler	Düzenli tıbbi takip				Toplam		χ <sup>2</sup>	p
	Edilen		Edilmeyen					
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%***		
<b>Cinsiyet</b>							0,353	0,552
Kadın	389	79,4	100	20,6	485	61,9		
Erkek	228	77,6	67	22,4	299	38,1		
<b>Toplam</b>	<b>617</b>	<b>78,7</b>	<b>167</b>	<b>21,3</b>	<b>784</b>	<b>100,0</b>		
<b>Yaş Grubu</b>							4,334	0,228
0-17	16	80,0	4	20,0	20	2,6		
18-44	59	70,2	25	29,8	84	10,2		
45-64	274	80,6	66	19,4	340	43,4		
65yaş ve üstü	268	78,8	72	21,2	340	43,4		
<b>Toplam</b>	<b>617</b>	<b>78,7</b>	<b>167</b>	<b>21,3</b>	<b>784</b>	<b>100,0</b>		
<b>Medeni Durum*</b>							10,840	0,004
Bekar	15	53,6	13	46,4	28	3,6		
Evli	461	79,1	122	20,9	583	75,6		
Dul/Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor	129	80,6	31	19,4	160	20,8		
<b>Toplam**</b>	<b>605</b>	<b>78,5</b>	<b>166</b>	<b>21,5</b>	<b>771</b>	<b>100,0</b>		

\*15 yaş üstü

\*\*Satır Yüzdesi

\*\*\*Sütun Yüzdesi



Çalışma (15-64 yaş bireylerde) ve sosyal güvence durumuna göre kronik hastalıkların düzenli takip edilmesinde farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 35).

**Tablo-35:** Katılımcıların bazı özelliklerine göre kronik hastalıklarının düzenli takip edilme durumu

Değişkenler	Düzenli tıbbi takip				Toplam		$\chi^2$	p
	Edilen		Edilmeyen		Sayı	%**		
	Sayı	%*	Sayı	%*				
<b>Çalışma Durumu***</b>								
Çalışıyor	60	81,1	14	18,9	74	17,2	0,438	0,508
Çalışmıyor	277	77,6	80	22,4	357	82,8		
<b>Toplam*</b>	<b>337</b>	<b>78,2</b>	<b>94</b>	<b>21,8</b>	<b>431</b>	<b>100,0</b>		
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>								
Var	582	78,8	157	21,2	739	94,3	0,024	0,876
Yok	35	77,8	10	22,2	45	5,7		
<b>Toplam*</b>	<b>617</b>	<b>78,7</b>	<b>167</b>	<b>21,3</b>	<b>784</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

\*\*\*15-64 yaş

Kronik hastalığın düzenli tıbbi takip altında olması bakımından yaşılan mahallelerde cinsiyetler arasında fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Katılımcıların yaşadıkları mahalleye göre kronik hastalıklarının tıbbi takip altında olma durumları Tablo 36'da verilmektedir.

**Tablo-36:** Katılımcıların yaşadıkları mahalleye göre düzenli takip altında olan kronik hastalıklarının durumu

Mahalleler	Kronik hastalığı düzenli takip				Toplam		$\chi^2$	p
	Edilen		Edilmeyen		Hasta Sayısı	%		
	Hasta Sayısı	%	Hasta Sayısı	%				
Ahmetbey	20	62,5	12	37,5	32	6,1	2,790	0,095
Badırğa	35	92,1	3	7,9	38	7,3	6,451	0,011
Belenören	29	80,6	7	19,4	36	6,9	0,657	0,418
Cihatlı	21	87,5	3	12,5	24	4,6	2,123	0,145
Çağrışan	30	88,2	4	11,8	34	6,5	3,438	0,064
Çandarlı	20	69,0	9	31,0	29	5,6	0,576	0,448
Çaylıca	7	53,8	6	46,2	13	2,5	3,145	0,101
Güneykeşane	15	93,7	1	6,3	16	3,1	3,119	0,085
Çivili	19	47,5	21	52,5	40	7,7	17,307	0,000
Dudaklı	19	73,1	7	26,9	26	5,0	0,049	0,826
Gedelek	26	81,2	6	18,8	32	6,1	0,730	0,393
Hamamlıkızık	27	90,0	3	10,0	30	5,7	3,859	0,049
Karaağız	9	60,0	6	40,0	15	2,9	1,825	0,223
Karahıdır	16	72,7	6	27,3	22	4,2	0,058	0,810
Nalbant	21	70,0	9	30,0	30	5,7	0,407	0,523
Ovaesemen	19	63,3	11	36,7	30	5,7	2,267	0,132
Selimiye	29	78,4	8	21,6	37	7,1	0,256	0,613
Yumurcaklı	29	76,3	9	23,7	38	7,3	0,043	0,835
<b>Toplam</b>	391	74,9	131	25,1	522	100,0	46,061	0,000

En yakın ASM'ye ulaşma süresi 30 dk'dan az olan mahallelerde yaşayanların kronik hastalıklarının düzenli takibi 30 dk ve 30 dk'dan daha fazla süren mahallelerde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha fazla yapılmaktadır (Tablo 37).

**Tablo- 37:** En yakın ASM'ye ulaşma süresine göre kronik hastalıkların düzenli takip durumları

En yakın ASM'ye uzaklık	Düzenli takip				Toplam		$\chi^2$	p
	Edilen		Edilmeyen					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
30 dakikadan az	553	81,9	122	18,1	675	86,1	<b>30,158</b>	<b>0,000</b>
30 dakika ve daha fazla	64	58,7	45	41,3	109	13,9		
Toplam*	617	78,7	167	21,3	784	100,0		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

En yakın devlet hastanesine ulaşma süresi 30 dk'dan az olan mahallelerde yaşayanların kronik hastalıklarının takibinde 30 dk ve 30 dk'dan daha fazla süren mahallelerde yaşayanlara göre anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 38)

**Tablo- 38:** En yakın devlet hastanesine ulaşma süresine göre kronik hastalıkların düzenli takip durumları

Mahallelerin en yakın devlet hastanesine ulaşım süresi	Düzenli takip				Toplam		$\chi^2$	p
	Edilen		Edilmeyen					
	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)**		
30 dakikadan az	507	79,6	130	20,4	637	81,2	1,616	0,204
30 dakika ve daha fazla	110	74,8	37	25,2	147	18,8		
Toplam*	617	78,7	167	21,3	784	100,0		

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

En çok gözlenen ilk iki kronik hastalık hipertansiyon ve diyabettir. Hipertansiyon hastalarının %77,9'u hastalığının düzenli olarak takip altında olduğunu bildirmiştir. Ancak takip altında olan hastaların yalnızca %13,6'sı aile hekimliğinde takip edilmektedir. Diyabet hastalarının %81,5'i takip altındadır, ancak takip için aile hekimine yalnızca %16,4'ü başvurmuştur. Kronik hastalıkların dağılımı ve aile hekimliğinde takip altında olma durumu Tablo 39'da verilmiştir.

**Tablo-39:** Kronik hastalık dağılımı ve takip durumları

Sistem ya da hastalık*	Hasta kişi sayısı	Takip ettiren kişi		Aile hekimliğinde takip ettiren kişi sayısı	Aile hekimliğinde takip olunma oranı (%)
		Sayı	%		
Hipertansiyon	226	176	77,9	24	13,6
Diyabet	135	110	81,5	18	16,4
Kardiyovasküler hastalıklar	141	120	85,1	5	4,2
Solunum sistemi hastalıkları	51	38	74,5	2	5,3
Nörolojik, mental ve davranışsal hastalıklar	72	56	77,8	5	8,9
Gastroenteroloji hastalıkları	35	27	77,1	3	11,1
Genitoüriner sistem hastalıkları	29	21	72,4	1	4,8
Kas iskelet sistemi hastalıkları	25	17	68,0	0	0,0
Endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları	20	19	95,0	2	10,5
Kan ve kan oluşturan organların hastalıkları	19	12	63,2	2	16,7
Diğer**	17	9	52,9	0	0,0
Kanserler	13	12	92,3	1	8,3
<b>Toplam</b>	<b>784</b>	<b>617</b>	<b>78,7</b>	<b>63</b>	<b>10,2</b>

\*Birden fazla kronik hastalık olanlar vardır.

\*\*Diğer: Allerji, Fibrokistik adenom, FMF, Dermatolojik hastalıklar, Görme, duyu ve işitme organları hastalıkları, Konjenital anomaliler

Hipertansiyon hastalığı olan katılımcıların %43,4'ü kronik hastalığını devlet hastanesinde takip ettirmektedir. Mahallelere göre katılımcıların

hipertansiyon hastalığını takip ettirdikleri sağlık kuruluşları Tablo 40'ta verilmiştir.

**Tablo-40:** Mahallelere göre hipertansiyon hastalarının düzenli takip edildikleri sağlık kuruluşları

Mahalleler	Takip edildikleri sağlık kuruluşu						Takip edilmeyenler		Toplam	
	Aile Sağlığı Merkezi		Devlet hastanesi		Diğerleri					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	0	0,0	6	40,0	3	20,0	6	40,0	15	6,6
Badırğa	4	20,0	1	5,0	14	70,0	1	5,0	20	4,9
Belenören	2	12,5	13	81,3	1	6,2	0	0,0	16	7,1
Cihatlı	1	8,3	9	75,0	0	0,0	2	16,7	12	5,3
Çağrısan	1	16,7	3	50,0	1	16,7	1	16,6	6	2,7
Çandarlı	1	8,3	6	50,0	1	8,3	4	33,4	12	5,3
Çaylıca	1	16,7	1	16,7	0	0,0	4	66,6	6	2,7
Güneykestane	0	0,0	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	3,5
Çivili	0	0,0	4	26,7	2	13,3	9	60,0	15	6,6
Dudaklı	1	12,5	0	0,0	5	62,5	2	25,0	8	3,5
Gedelek	3	17,6	10	58,9	3	17,6	1	5,9	17	7,5
Hamamlıkızık	3	27,3	1	9,1	6	54,5	1	9,1	11	4,9
Karaağız	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	4	1,8
Karahıdır	5	41,7	0	0,0	5	41,7	2	16,6	12	5,3
Nalbant	0	0,0	9	50,0	4	22,2	5	27,8	18	8,0
Ovaesemen	0	0,0	4	57,1	0	0,0	3	42,9	7	3,1
Selimiye	0	0,0	8	53,3	5	33,3	2	13,4	15	6,6
Yumurcaklı	1	4,2	17	70,8	0	0,0	6	25,0	24	10,6
<b>Toplam*</b>	<b>24</b>	<b>10,6</b>	<b>98</b>	<b>43,4</b>	<b>54</b>	<b>23,9</b>	<b>50</b>	<b>22,1</b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>

\*Satır Yüzdesi

\*\*Sütun Yüzdesi

Diyabet hastalığı olan katılımcıların %47,4'ü kronik hastalığını devlet hastanesinde takip ettirmektedir. Mahallelere göre katılımcıların diyabet hastalığını takip ettirdikleri sağlık kuruluşları Tablo 41'de verilmiştir.

**Tablo-41:** Diyabet hastalarının düzenli takip edildikleri sağlık kuruluşları

Mahalleler	Takip edildikleri sağlık kuruluşu						Takip edilmeyenler		Toplam	
	Aile Sağlığı Merkezi		Devlet hastanesi		Diğerleri					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	0	0,0	4	36,4	1	9,1	6	54,5	11	8,1
Badırga	3	30,0	1	10,0	6	60,0	0	0,0	10	7,4
Belenören	1	12,5	5	62,5	1	12,5	1	12,5	8	5,9
Cihatlı	0	0,0	7	87,5	0	0,0	1	12,5	8	5,9
Çağrısan	5	55,5	3	33,3	1	11,2	0	0,0	9	6,7
Çandarlı	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	3,0
Çaylıca	1	25,0	0	0,0	1	25,0	2	50,0	4	3,0
Güneykeşane	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,4	3	2,2
Çivili	0	0,0	8	57,2	2	14,2	4	28,6	14	10,4
Dudaklı	1	20,0	1	20,0	3	60,0	0	0,0	5	3,7
Gedelek	0	0,0	5	83,3	1	16,7	0	0,0	6	4,4
Hamamlıkızık	3	42,9	0	0,0	4	57,1	0	0,0	7	5,2
Karaağız	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	1,5
Karahıdır	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	2,2
Nalbant	0	0,0	4	36,4	3	27,2	4	36,4	11	8,1
Ovaesemen	0	0,0	3	75,0	0	0,0	1	25,0	4	3,0
Selimiye	1	7,7	8	61,5	2	15,4	2	15,4	13	9,6
Yumurcaklı	1	7,7	11	84,6	0	0,0	1	7,7	13	9,6
<b>Toplam*</b>	<b>18</b>	<b>13,3</b>	<b>64</b>	<b>47,4</b>	<b>27</b>	<b>20,0</b>	<b>25</b>	<b>18,3</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılanların %62,0'ı son 3 ay içinde hastalanmıştır. Cinsiyete göre hastalanma zamanları anlamlı olarak farklıdır, kadınlar son 6 ay içinde daha fazla hastalanmıştır ( $\chi^2=13,069$ ;  $p=0,011$ ). Cinsiyete göre en son hastalanma zamanları Tablo 42'de verilmiştir.

**Tablo- 42:** Cinsiyete göre en son hastalanma zamanları

En son hastalanma zamanı	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Sayı	%*
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Son 3 ay içinde	524	64,2	498	59,9	1023	62,0
3-6 ay içinde	85	10,4	63	7,6	148	9,0
6 ay-1 yıl içinde	15	1,9	19	2,3	34	2,1
1 yıldan uzun süre önce	176	21,6	236	28,4	412	25,0
Hiç hastalanmamış	15	1,9	16	1,8	31	1,9
<b>Toplam**</b>	<b>816</b>	<b>49,5</b>	<b>832</b>	<b>50,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Sütun yüzdesi, \*\*Satır yüzdesi

Hastalanan katılımcıların %66'sı en son hastalandığında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Bazı değişkenlere göre en son hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvurma durumları Tablo 43'te verilmiştir.

**Tablo-43:** Bazı değişkenlere göre hastalanan bireylerin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma durumları

Değişkenler		Sağlık kuruluşuna başvurma				Toplam		X <sup>2</sup>	p
		Evet		Hayır					
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	556	69,4	245	30,6	801	49,5	8,305	<b>0,004</b>
	Erkek	511	62,7	305	37,3	816	50,5		
<b>Yaş grubu</b>	0-6	61	81,3	14	18,7	75	4,6	24,808	<b>0,000</b>
	7-17	183	70,1	78	29,9	261	16,1		
	18-64	621	61,7	385	38,3	1006	62,2		
	65+	202	73,5	73	26,5	275	17,1		
<b>Toplam</b>		<b>1067</b>	<b>66,0</b>	<b>550</b>	<b>34,0</b>	<b>1617</b>	<b>100,0</b>		
<b>Medeni Durum***</b>	Bekar	190	63,8	108	36,2	298	21,6	0,492	0,782
	Evli	612	64,3	340	35,7	952	69,1		
	Dul/Boşanmış /Eşinden ayrı yaşıyor	86	67,2	42	32,8	128	9,3		
<b>Toplam</b>		<b>888</b>	<b>64,4</b>	<b>490</b>	<b>35,6</b>	<b>1378</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır Yüzdesi, \*\*Sütun Yüzdesi, \*\*\*15 yaş ve üstü

Engellilerin %25,0'i (4 kişi) en son hastalandığında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştır. En son hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvuru durumu açısından kronik hastalığı ve engelliliği olanlarla olmayanlar arasında fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Mahallelere göre en son hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvurma anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=47,680$ ;  $p=0,000$ ). Mahallelere göre en son hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvuru durumu Tablo 44'te verilmiştir.

**Tablo-44:** Kırsal mahallelere göre en son hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvuru durumu

Mahalleler	En yakın ASM'ye uzaklık (km)	En yakın devlet hastanesine uzaklık (km)	Sağlık kuruluşuna başvuru				x	p
			Evet		Hayır			
			Sayı	%	Sayı	%		
Hamamlıkızık	3,3	17,1	77	77,0	23	23,0	5,761	<b>0,016</b>
Çağrıışan	3,8	3,3	55	55,0	45	45,0	5,732	<b>0,017</b>
Cihatlı	6,2	6,2	63	65,6	33	34,4	0,006	0,939
Ahmetbey	6,8	12,9	60	60,0	40	40,0	1,702	0,192
Gedelek	6,9	9,2	76	76,0	24	24,0	4,762	<b>0,029</b>
Nalbant	8,1	8,1	52	70,3	22	29,7	0,634	0,426
Karahıdır	8,2	9,1	63	63,0	37	37,0	0,424	0,515
Dudaklı	11,6	12,2	56	57,1	42	42,9	3,635	0,057
Belenören	13,3	13,3	65	65,7	34	34,3	0,005	0,943
Çaylıca	14,6	14,1	33	84,6	6	15,4	6,179	<b>0,013</b>
Karaağız	15,4	15,4	59	63,4	34	36,6	0,285	0,594
Selimiye	16,1	16,3	74	74,7	25	25,3	3,606	0,058
Yumurcaklı	16,4	15,0	65	65,0	35	35,0	0,046	0,83
Çandarlı	16,8	23,3	52	53,6	45	46,4	7,044	<b>0,008</b>
Ovaesemen	25,7	25,0	67	71,3	27	28,7	1,244	0,265
Badırğa	28,0	34,3	75	75,8	24	24,2	4,486	<b>0,034</b>
Güneykeşane	30,0	32,7	24	52,2	22	47,8	4,025	<b>0,045</b>
Çivili	31,6	30,7	51	61,4	32	38,6	0,804	0,37
Toplam			1067	66,0	550	34,0	-	-



## Sağlık hizmeti kullanımında ilk başvuru ve etkileyen etmenler

### Katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk tercih edeceklerini bildirdikleri sağlık kuruluşu

Katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında ilk tercih edeceklerini bildirdikleri sağlık kuruluşu %44,5 ile en yüksek düzeyde devlet hastanesidir. Bunu %39,4 ile aile sağlığı merkezi, %10,3 ile özel hastaneler, %2,5 ile Eğitim araştırma hastanesi takip etmektedir (Tablo 45).

**Tablo-45:** Katılımcıların sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşu

İlk tercih ettikleri sağlık kuruluşu	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek			
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Devlet hastanesi	361	44,2	373	44,8	734	44,5
Aile sağlığı merkezi (ASM)	327	40,1	322	38,7	649	39,4
Özel hastane	80	9,8	90	10,8	170	10,3
Eğitim araştırma hastanesi	21	2,6	21	2,5	42	2,5
Üniversite hastanesi	11	1,3	8	1,0	19	1,2
Özel poliklinik	9	1,1	8	1,0	17	1,0
Özel muayenehane	7	0,9	5	0,6	12	0,7
Diğer*	0	0	5	0,6	5	0,3
<b>TOPLAM</b>	816	100,0	832	100,0	1648	100,0

\*Diğer yerleri tercih edenlerden 3 kişi iş yeri hekimini, 2 kişi de eczaneyi tercih ettiğini belirtmiştir.

\*\*Sütun yüzdesi

Yaş gruplarına göre ilk başvuruda tercih edilen sağlık kuruluşu anlamlı olarak farklıdır, yaşlılarda aile hekimi tercihi düşüktür ( $\chi^2=42,465$ ;  $p=0,004$ ) (Tablo 46).

Kırsal mahallelere göre katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında tercih ettikleri sağlık kuruluşları anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2=646,964$ ;  $p=0,000$ ). Kırsal mahallelere göre katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında tercih ettikleri sağlık kuruluşu dağılımı Tablo 47'da verilmiştir.

**Tablo-46:** Katılımcıların yaş gruplarına göre ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşu

Yaş grubu	İlk tercih edilen sağlık kuruluşu						Toplam	
	Aile Hekimi		Devlet hastanesi		Diğerleri			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
0-17	146	42,2	138	39,9	62	17,9	346	21,0
18-44	208	40,1	221	42,6	90	17,3	519	31,5
45-64	208	41,0	228	45,0	71	14,0	507	30,8
65+	87	31,5	147	53,3	42	15,2	276	16,7
<b>Toplam</b>	<b>649</b>	<b>39,4</b>	<b>734</b>	<b>44,5</b>	<b>265</b>	<b>16,1</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

**Tablo-47:** Kırsal mahallelere göre sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda ilk tercih edilen sağlık kuruluşu

Mahalleler	İlk tercih edilen sağlık kuruluşu						Toplam	
	Aile Hekimi		Devlet hastanesi		Diğerleri			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	19	19,0	51	51,0	30	30,0	100	6,1
Badırğa	37	36,6	9	8,9	55	54,5	101	6,1
Belenören	42	42,0	55	55,0	3	3,0	100	6,1
Cihatlı	16	16,0	75	75,0	9	9,0	100	6,1
Çağrıışan	48	48,0	32	32,0	20	20,0	100	6,1
Çandarlı	26	26,8	69	71,1	2	2,1	97	5,9
Çaylıca	22	55,0	17	42,5	1	2,5	40	2,4
Güneykeşane	9	19,1	32	68,1	6	12,8	47	2,9
Çivili	38	43,7	47	54,0	2	2,3	87	5,3
Dudaklı	77	77,0	5	5,0	18	18,0	100	6,1
Gedelek	47	47,0	39	39,0	14	14,0	100	6,1
Hamamlıkızık	64	64,0	12	12,0	24	24,0	100	6,1
Karaağız	75	75,0	25	25,0	0	0	100	6,1
Karahıdır	41	41,0	8	8,0	51	51,0	100	6,1
Nalbant	18	23,7	51	67,1	7	9,2	76	4,6
Ovaesemen	20	20,0	71	71,0	9	9,0	100	6,1
Selimiye	34	34,0	55	55,0	11	11,0	100	6,1
Yumurcaklı	16	16,0	81	81,0	3	3,0	100	6,1
<b>Toplam*</b>	<b>649</b>	<b>39,4</b>	<b>734</b>	<b>44,5</b>	<b>265</b>	<b>16,1</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

Kırsal mahalleleri en yakın aile sağlığı merkezine ve devlet hastanesine uzaklık (10 km'den az, 10 km ve daha fazla) ve ulaşma süresine (30 dakikadan az, 30 dakika ve daha fazla) göre iki gruba ayırarak incelediğimizde; kırsal mahallenin en yakın aile sağlığı merkezine uzaklığı 30 dakika ve daha fazla olanlarda, 30 dakikadan az olanlara göre ASM tercihi anlamlı olarak azalmaktadır (Tablo 48).

**Tablo-48:** Kırsal mahallelerin aile sağlığı merkezi ve devlet hastanesine uzaklığına göre ilk başvuruda aile hekimliği ya da devlet hastanesini tercih etme durumu

Mahallelerin		İlk tercih ettikleri sağlık kuruluşu				Toplam		$\chi^2$	p
		Aile Hekimi		Devlet hastanesi					
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
ASM'ye uzaklığı	10 km'den az	253	48,6	268	51,4	521	37,7	0,896	0,344
	10 km ve daha fazla	396	45,9	466	54,1	862	62,3		
ASM'ye ulaşma süresi	30 dk'dan az	569	48,7	599	51,3	1168	84,5	9,653	0,002
	30 dk ve daha fazla	80	37,2	135	62,8	215	15,5		
Devlet hastanesine uzaklığı	10 km'den az	170	45,3	205	54,7	375	27,1	0,525	0,469
	10 km ve daha fazla	479	47,5	529	52,5	1008	72,9		
Devlet hastanesine ulaşma süresi	30 dk'dan az	548	47,4	609	52,6	1157	83,7	0,543	0,461
	30 dk ve daha fazla	101	44,7	125	55,3	226	16,3		

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

İlk başvuru yeri olarak birinci basamağı tercih etmek açısından kadın ve erkek arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. 65 yaş üstündekilerin ve dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanların anlamlı olarak birinci basamağı daha az tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 49).

**Tablo-49:** İlk başvuru yeri olarak aile hekimini tercih etme durumu

Özellikler	Aile hekimini tercih				Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Edenler		Etmeyenler					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	327	40,1	489	59,9	816	49,5	0,325	0,569
Erkek	322	38,7	510	61,3	832	50,5		
<b>Toplam</b>	<b>649</b>	<b>39,4</b>	<b>999</b>	<b>60,6</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b>Yaş Grubu</b>								
0-17	146	42,2	200	57,8	346	21,0	8,873	0,012
18-64	416	40,5	610	59,5	1026	62,3		
65 yaş ve üstü	87	31,5	189	68,5	276	16,7		
<b>Toplam</b>	<b>649</b>	<b>39,4</b>	<b>999</b>	<b>60,6</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	126	40,5	185	59,5	311	22,2	10,481	0,005
Evlü	385	40,0	577	60,0	962	68,6		
Dul/Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor	33	25,6	96	74,4	129	9,2		
<b>Toplam</b>	<b>544</b>	<b>38,8</b>	<b>858</b>	<b>61,2</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>		
<b>Öğrenim Durumu</b>								
Okur yazar olmayan	38	28,6	95	71,5	133	9,5	11,505	0,074
Okur yazar	37	37,8	61	62,2	98	7,0		
İlkokul mezunu	303	41,6	425	58,4	728	51,9		
Ortaokul mezunu	91	37,3	153	62,7	244	17,4		
Lise mezunu	46	35,1	85	64,9	131	9,3		
Yüksekokul mezunu	15	51,7	14	48,3	29	2,1		
Üniversite/lisans/doktora	14	35,9	25	64,1	39	2,8		
<b>Toplam*</b>	<b>544</b>	<b>38,8</b>	<b>858</b>	<b>61,2</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

Çalışma durumuna göre ve sosyal güvence sahibi olma durumuna göre ilk başvuruda aile hekimini seçmede fark saptanmamıştır. Ancak herhangi bir kronik hastalığa sahip olanlarda ilk başvuruda aile hekimini seçmek anlamlı olarak daha düşüktür ( $\chi^2=6,524$ ;  $p=0,011$ ) (Tablo 50).

Aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra en az bir kez aile hekimine başvuranlarda (15 yaş ve üzerinde olan bireylerde) ilk başvuruda aile hekimini seçme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 50).

**Tablo-50:** İlk başvuru yeri olarak aile hekimini tercih etme durumu

Özellikler	İlk başvuru yeri olarak aile hekimini tercih				Toplam		$\chi^2$	p
	Edenler		Etmeyenler		Sayı	%**		
	Sayı	%*	Sayı	%*				
<b><i>Kronik hastalık durumu</i></b>								
Yok	467	41,5	659	58,5	1126	68,3	<b>6,524</b>	<b>0,011</b>
Var	182	34,9	340	65,1	522	31,7		
<b>Toplam*</b>	<b>649</b>	<b>39,4</b>	<b>999</b>	<b>60,6</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b><i>Algılanan sağlık</i></b>								
İyiden kötü	109	36,8	187	63,2	296	21,1	0,618	0,432
Çok iyi/İyi	435	39,3	671	60,7	1106	78,9		
<b>Toplam*</b>	<b>544</b>	<b>38,8</b>	<b>858</b>	<b>61,2</b>	<b>1402</b>	<b>100,0</b>		

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

### **Katılımcıların en son ve bir önce sağlık hizmeti almak için başvurdukları sağlık kuruluşu**

Çalışmaya katılanların %48,1'i sağlık hizmeti almak için en son başvurdukları sağlık kuruluşunun devlet hastanesi, %24,5'i ise Aile hekimleri olduğunu belirtmektedir (Tablo 51), 31 kişi en son hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmamıştır.

**Tablo-51:** Sağlık hizmeti almak için en son başvuru alan sağlık kuruluşu

En son başvuru alan sağlık kuruluşu	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Devlet hastanesi	383	47,6	394	48,5	777	48,1
Aile hekimi	199	24,8	197	24,2	396	24,5
Özel hastane	114	14,2	110	13,5	224	13,9
Eğitim araştırma	51	6,3	50	6,2	101	6,2
Üniversite hastanesi	22	2,7	25	3,1	47	2,9
Özel muayenehane	19	2,4	15	1,8	34	2,1
Özel Tıp merkezi/Poliklinik	14	1,8	17	2,1	31	1,9
Diğer	2	0,2	5	0,6	7	0,4
<b>Toplam***</b>	<b>797</b>	<b>49,2</b>	<b>820</b>	<b>50,8</b>	<b>1617****</b>	<b>100,0</b>

\*Diğer: 5 kişi işyeri hekimi, 1 kişi KETEM, 1 kişi hacda sağlık kabineye başvurmuştur.

\*\* Sütun yüzdesi

\*\*\*Satır yüzdesi

\*\*\*\* 31 kişi en son hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmamıştır, onlar dahil değildir.

En son başvuru alan sağlık kuruluşları açısından cinsiyetler arası fark bulunmamaktadır ( $\chi^2=2,593$ ;  $p=0,957$ ).

Katılımcıların hastalandıklarında ilk tercih edeceklerini söyledikleri sağlık kuruluşu ile (Tablo 45) sağlık hizmeti almak için en son başvurdukları sağlık kuruluşu (Tablo 51) özellikle aile hekimi tercihi açısından farklılık göstermektedir ( $\chi^2=83,17$ ;  $p=0,000$ ); %39,4 olan aile hekimi tercihi, son başvuruda %24,5'e düşmüştür.

Katılımcıların en son sağlık hizmeti almak için başvurdukları sağlık kuruluşu kırsal mahallere göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2=464,619$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 52).

**Tablo-52:** Kırsal mahallelere göre katılımcıların en son başvurdukları sağlık kuruluşları

Mahalleler	En son başvuru alan sağlık kuruluşu						Toplam	
	Aile Hekimi		Devlet hastanesi		Diğerleri			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	14	14,0	47	47,0	39	39,0	100	6,2
Badırğa	25	25,5	9	9,2	64	65,3	98	6,1
Belenören	20	20,2	68	68,7	11	11,1	99	6,1
Cihatlı	14	14,6	65	67,7	17	17,7	96	5,9
Çağrısan	35	35,0	37	37,0	28	28,0	100	6,2
Çandarlı	17	17,5	66	68,1	14	14,4	97	6,0
Çaylıca	11	28,2	23	59,0	5	12,8	39	2,4
Güneykestane	5	10,9	28	60,9	13	28,2	46	2,8
Çivili	19	23,2	52	63,4	11	13,4	82	5,1
Dudaklı	38	38,8	14	14,3	46	46,9	98	6,1
Gedelek	27	27,0	50	50,0	23	23,0	100	6,2
Hamamlıkızık	41	41,0	13	13,0	46	46,0	100	6,2
Karaağız	45	47,4	37	38,9	13	13,7	95	5,9
Karahıdır	33	33,0	6	6,0	61	61,0	100	6,2
Nalbant	11	14,9	53	71,6	10	13,5	74	4,6
Ovaesemen	10	10,6	69	73,4	15	16,0	94	5,8
Selimiye	15	15,2	60	60,6	24	24,2	99	6,1
Yumurcaklı	16	16,0	80	80,0	4	4,0	100	6,2
<b>Toplam*</b>	<b>397</b>	<b>24,6</b>	<b>776</b>	<b>48,0</b>	<b>444</b>	<b>27,5</b>	<b>1617***</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

\*\*\* 31 kişi en son hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmamıştır.

En son sağlık hizmeti almak için başvuru, en yakın ASM'ye uzaklığı 10 km'den ve süresi 30 dk'dan fazla olan mahallelerde anlamlı olarak daha fazla devlet hastanesine yapılmıştır (sırasıyla;  $\chi^2=29,879$ ;  $p=0,000$ ,  $\chi^2=37,344$ ;  $p=0,000$ ). Katılımcıların yaşadıkları kırsal mahallelerin en yakın ASM'ye ve Devlet hastanesine uzaklıkları ve sürelerine göre en son başvurdukları sağlık kuruluşu ilişkisi Tablo 53'te verilmiştir.

**Tablo-53:** Kırsal mahallelerin en yakın ASM'ye ve Devlet hastanesine uzaklıkları ve sürelerine göre katılımcıların en son başvurdukları sağlık kuruluşları

Mahallelerin		En son başvurdukları sağlık kuruluşu						Toplam		$\chi^2$	p
		Aile Hekimi		Devlet hastanesi		Diğer					
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)*	Sayı	(%)**		
ASM'ye uzaklığı	10 km'den az	175	26,2	271	40,4	224	33,4	670	41,4	29,879	0,000
	10 km ve daha fazla	221	23,3	506	53,4	220	23,3	947	58,6		
ASM'ye süresi	30 dk'dan az	356	25,4	633	45,1	413	29,5	1402	86,7	37,344	0,000
	30 dk ve daha fazla	40	18,6	114	67,0	31	14,4	215	13,3		
DH'ne uzaklığı	10 km'den az	120	25,5	211	44,9	139	29,6	470	29,1	2,750	0,253
	10 km ve daha fazla	276	24,1	566	49,3	305	26,6	1147	70,9		
DH'ne süresi	30 dk'dan az	335	25,0	650	48,5	355	26,5	1340	82,9	3,826	0,148
	30 dk ve daha fazla	61	22,1	127	45,8	89	32,1	277	17,1		

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi



Çalışmaya katılanların %45,6'sı sağlık hizmeti almak için en sondan bir önceki başvurdukları yerin Devlet hastanesi, %27,2'si ise Aile hekimleri olduğunu belirtmektedir (Tablo 54).

**Tablo-54:** Sağlık hizmeti almak için en sondan bir önce başvuru alan yer

En Sondan Bir Önce Başvurdukları Yer	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
Devlet hastanesi	379	47,1	359	44,2	738	45,6
Aile hekimi	214	26,6	226	27,8	440	27,2
Özel hastane	113	14,1	113	13,9	226	14,0
Eğitim araştırma	44	5,5	49	6,0	93	5,8
Üniversite hastanesi	24	3,0	34	4,2	58	3,6
Özel muayenehane	15	1,9	15	1,8	30	1,9
Özel Tıp merkezi/Poliklinik	14	1,7	14	1,7	28	1,7
Diğer*	1	0,1	3	0,4	4	0,2
Toplam***	804	49,7	813	50,3	1617	100,0

\* Diğer: 4 kişi işyeri hekimine başvurmuştur.

\*\*Sütun yüzdesi

\*\*\*Satır yüzdesi

Katılımcıların hastalandıklarında ilk tercih edeceklerini söyledikleri sağlık kuruluşu ile (Tablo 45) sağlık hizmeti almak için en sondan bir önce başvurdukları sağlık kuruluşu (Tablo 54) özellikle aile hekimi tercihi açısından farklılık göstermektedir ( $\chi^2=54,38$ ;  $p=0,000$ ); %39,4 olan aile hekimi tercihi, sondan bir önceki başvuruda %27,2'ye düşmüştür.

Katılımcıların en sondan bir önceki sağlık hizmeti almak için başvurdukları sağlık kuruluşu, kırsal mahallere göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $\chi^2=505,693$ ;  $p=0,000$ ). Mahallelere göre katılımcıların en sondan bir önce başvurdukları sağlık kuruluşu dağılımı Tablo 55'te verilmiştir.

Katılımcıların en son başvurdukları sağlık kuruluşu ile en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşu dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ).

**Tablo-55:** Kırsal mahallelere göre katılımcıların en sondan bir önceki başvuruda başvurdukları sağlık kuruluşları

Mahalleler	En sondan bir önceki başvuruda başvurulan sağlık kuruluşu						Toplam	
	Aile Hekimi		Devlet hastanesi		Diğerleri		Sayı	%**
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*		
Ahmetbey	19	19,0	42	42,0	39	39,0	100	6,2
Badırga	25	25,5	8	8,2	65	66,3	98	6,1
Belenören	22	22,2	65	65,7	12	12,1	99	6,1
Cihatlı	21	21,9	60	62,5	15	15,6	96	5,9
Çağrısan	31	31,0	34	34,0	35	35,0	100	6,2
Çandarlı	22	22,7	67	69,1	8	8,2	97	6,0
Çaylıca	12	30,8	22	56,4	5	12,8	39	2,4
Güneykeşane	3	6,5	30	65,2	13	28,3	46	2,8
Çivili	10	12,2	56	68,3	16	19,5	82	5,1
Dudaklı	41	41,8	10	10,2	47	48,0	98	6,1
Gedelek	40	40,0	38	38,0	22	22,0	100	6,2
Hamamlıkızık	61	61,0	7	7,0	32	32,0	100	6,2
Karaağız	44	46,3	43	45,3	8	8,4	95	5,9
Karahıdır	34	34,0	6	6,0	60	60,0	100	6,2
Nalbant	7	9,5	58	78,4	9	12,1	74	4,6
Ovaesemen	16	17,0	59	62,8	19	20,2	94	5,8
Selimiye	20	20,2	59	59,6	20	20,2	99	6,1
Yumurcaklı	12	12,0	74	74,0	14	14,0	100	6,2
<b>Toplam*</b>	<b>440</b>	<b>27,2</b>	<b>738</b>	<b>45,6</b>	<b>439</b>	<b>27,1</b>	<b>1617</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

En sondan bir önceki sağlık hizmeti başvurusu sırasında, en yakın ASM'ye uzaklığı 10 km'den ve süresi 30 dk'dan fazla olan mahallelerde aile hekimine başvuru anlamlı derecede düşüktür ( $p<0,05$ ). Devlet hastanesine ulaşım süresi 30 dk'dan fazla süren mahallelerde, aile hekimi ve devlet hastanesi dışında kalan diğer sağlık kuruluşlarına başvuruda artış gözlenmektedir (Tablo 56).

Katılımcıların yaşadıkları kırsal mahallelerin en yakın ASM'ye ve Devlet hastanesine uzaklıkları ve sürelerine göre sağlık hizmeti almak için en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşu ilişkisi Tablo 56'da verilmiştir.

**Tablo-56:** Kırsal mahallelerin en yakın ASM'ye ve Devlet hastanesine uzaklıkları ve sürelerine göre katılımcıların en sondan bir önceki başvurdukları sağlık kuruluşları

Mahallelerin		En sondan bir önceki başvuruda başvuru alan sağlık kuruluşu						Toplam		χ <sup>2</sup>	p
		Aile Hekimi		Devlet hastanesi		Diğer					
		Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
ASM'ye uzaklığı	10 km'den az	213	31,8	245	36,6	212	31,6	670	41,4	37,959	0,000
	10 km ve daha fazla	227	24,0	493	52,0	227	24,0	947	58,6		
ASM'ye süresi	30 dk'dan az	402	28,7	601	42,8	399	28,5	1402	86,7	32,718	0,000
	30 dk ve daha fazla	38	17,7	137	63,7	40	18,6	215	13,3		
DH'ne uzaklığı	10 km'den az	133	28,3	196	41,7	141	30,0	470	29,1	4,523	0,104
	10 km ve daha fazla	307	26,8	542	47,2	298	26,0	1147	70,9		
DH'ne süresi	30 dk'dan az	383	28,6	607	45,3	350	26,1	1340	82,9	8,660	0,013
	30 dk ve daha fazla	57	20,6	131	47,3	89	32,1	277	17,1		

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

### Katılımcıların son bir yılda sağlık kuruluşlarına başvuru durumu

Son bir yılda 1300 kişi her hangi bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, 348 kişi hiçbir sağlık kuruluşuna başvurmamıştır. Katılımcıların %47,2'si (704 kişi) son bir yılda aile hekimliğine hiçbir başvuru yapmamıştır. Katılımcıların son bir yılda toplam sağlık hizmeti başvurularının %46,9'u aile hekimine, %53,1'i ise diğer kuruluşlara olmuştur. Yılda kişi başı ortalama başvuru sayısı 4,52 (7452/1648), aile hekimine başvuru ise 2,12'dir (3498/1648) (Tablo 57). Son bir yılda aile hekimine başvuran kişilerin başvuru sayıları Şekil 3'te verilmektedir.

**Tablo-57:** Son bir yıl içinde kuruluş türlerine göre sağlık hizmeti almak için başvuru durumu

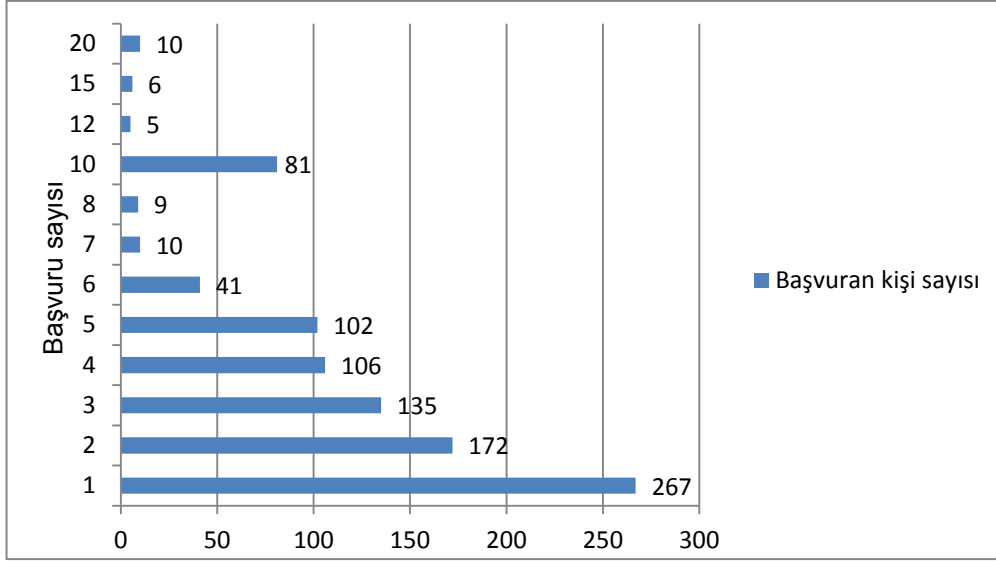
Sağlık kuruluşu	Başvuran kişi sayısı	Başvuru sayısı	Başvuru oranı (%)**	Kişi başı ortalama başvuru sayısı***
Aile hekimliği	944	3498	46,94	2,12
Diğer Birinci basamak kuruluşları (TSM, VSD, AÇSAP, KETEM, sağlık evi)	44	44	0,59	0,03
Özel muayenehaneler/ poliklinikler/Tıp Merkezi	53	143	1,92	0,09
<b>Birinci basamak toplamı</b>	<b>1041</b>	<b>3685</b>	<b>49,45</b>	<b>2,24</b>
Devlet hastanesi	774	2401	32,22	1,46
Özel hastane	274	801	10,75	0,49
<b>İkinci basamak toplamı</b>	<b>1048</b>	<b>3202</b>	<b>42,97</b>	<b>1,94</b>
Üniversite hastanesi	70	252	3,38	0,15
Eğitim araştırma hastanesi	129	307	4,12	0,19
<b>Üçüncü basamak toplamı</b>	<b>199</b>	<b>559</b>	<b>7,50</b>	<b>0,34</b>
Diğer*	5	7	0,08	0,00
Diş hekimi****	308	863		
<b>Genel toplam</b>		<b>7453</b>	<b>100,0</b>	<b>4,52</b>

\*4 kişi işyeri hekimini, 1 kişi hacda sağlık kabinini kullandığını bildirmiştir.

\*\*Kuruluşa yapılan başvuru sayısı/toplam başvuru sayısı

\*\*\* Kuruluşa yapılan başvuru sayısı/ kişi sayısı (n=1648)

\*\*\*\*Diş hekimine başvuru sayısı genel toplama dahil edilmemiştir.



**Şekil-3:** Son bir yılda aile hekimine başvuran kişilerin başvuru sayıları

Kırsal mahallelerde son bir yıl içinde aile hekimine başvuru açısından fark vardır ( $\chi^2=109,45$ ;  $p=0.000$ ). Mahallelere göre katılımcıların son bir yılda aile hekimine başvuru durumları ve ortalama başvuru sayısı Tablo 58’de verilmiştir.

**Tablo-58:** Mahallelere göre katılımcıların aile hekimine başvuru durumu

Mahalleler	Nüfus	Başvuran kişi sayısı	%	$\chi^2$	p	Ortalama başvuru sayısı	t	p
Ahmetbey	100	57	57,0	0,00	0,953	2,22	0,325	0,104
Badırğa	101	59	58,4	0,06	0,812	2,17	-0,154	0,878
Belenören	100	54	54,0	0,47	0,494	2,33	-0,693	0,488
Cihatlı	100	52	52,0	1,21	0,271	1,84	0,944	0,345
Çağrısan	100	75	75,0	13,66	<b>0,000</b>	2,43	-1,027	0,304
Çandarlı	97	35	36,1	18,93	<b>0,000</b>	1,26	3,685	<b>0,000</b>
Çaylıca	40	19	47,5	1,60	0,205	1,43	1,447	0,148
Güneykestance	47	15	31,9	12,72	<b>0,000</b>	0,79	5,135	<b>0,000</b>
Çivili	87	43	49,4	2,32	0,128	1,68	1,380	0,168
Dudaklı	100	71	71,0	8,19	<b>0,004</b>	2,58	-1,529	0,126
Gedelek	100	73	73,0	10,75	<b>0,001</b>	3,35	-2,994	<b>0,003</b>
Hamamlıkızık	100	81	81,0	24,48	<b>0,000</b>	2,60	-1,596	0,111
Karaağız	100	64	64,0	1,96	0,161	1,94	0,610	0,542
Karahıdır	100	61	61,0	0,60	0,438	2,45	-1,094	0,274
Nalbant	76	34	44,7	5,12	<b>0,024</b>	2,04	0,240	0,810
Ovaesemen	100	46	46,0	5,54	<b>0,019</b>	1,83	0,978	0,328
Selimiye	100	61	61,0	0,60	0,438	2,30	-0,593	0,553
Yumurcaklı	100	44	44,0	7,68	<b>0,006</b>	1,75	1,245	0,213
Toplam	1648	944	57,3			2,12	-	-

Son bir yılda katılımcıların %42,7'si (704 kişi) aile hekiminden hiç bir hizmet almamıştır. Kadınlar erkeklere göre aile hekimine daha fazla başvurmuştur ( $\chi^2=36,409$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 59).

**Tablo-59:** Katılımcıların son bir yılda aile hekimine başvuru durumu

Cinsiyet	Aile hekimine başvuru				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	528	64,7	288	35,3	816	100,0
Erkek	416	50,0	416	50,0	832	100,0
<b>Toplam</b>	<b>944</b>	<b>57,3</b>	<b>704</b>	<b>42,7</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

Aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin ardından her hangi bir yıl içerisinde, en az bir kez aile hekimine başvurmuş olanların (1266 kişi) son bir yıl içinde aile hekiminden hizmet alma durumu sorgulandığında; %25,4'ünün (322 kişi) aile hekimine başvurmadığı anlaşılmıştır. Kadınların yine erkeklere göre aile hekimine başvuruları anlamlı derecede yüksektir ( $\chi^2=6,349$ ;  $p=0,012$ ) (Tablo 60).

**Tablo-60:** En az bir kez aile hekimine başvurmuş olanların son bir yılda aile hekimine başvuru durumu

Cinsiyet	Aile hekimine başvuru				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	528	77,4	154	22,6	682	100,0
Erkek	416	71,2	168	28,8	587	100,0
<b>Toplam</b>	<b>944</b>	<b>74,6</b>	<b>322</b>	<b>25,4</b>	<b>1266</b>	<b>100,0</b>

### Hasta olmadığı halde bir sağlık kuruluşuna başvuru

Araştırmaya katılanların %8,5'i (140 kişi) son bir yıl içinde hasta olmadığı halde kontrol, aşı, izlem, yenidoğan taraması ve kanser taraması gibi nedenlerle bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur (Tablo 61).

**Tablo-61:** Mahallelere göre kişilerin hasta olmadığı halde başvurdukları sağlık kuruluşları

Mahalleler	Başvuran kişi sayısı							Toplam
	Aile Hekimi	Devlet hastanesi	Üniversite	Özel hastane	KETEM	İşyeri hekimi	Sağlık evi	
Ahmetbey	5	1	0	2	2	0	0	10
Badırğa	1	0	0	0	0	0	0	1
Belenören	2	1	0	0	1	0	0	4
Cihatlı	2	0	0	0	1	0	0	3
Çağrıışan	11	1	0	1	0	0	0	13
Çandarlı	4	1	0	0	0	0	15	20
Çaylıca	1	0	0	0	0	0	0	1
Güneykestane	1	0	0	0	0	0	0	1
Çivili	1	0	0	0	1	0	0	2
Dudaklı	2	2	1	0	1	1	0	7
Gedelek	4	0	1	2	0	1	0	8
Hamamlıkızık	5	0	1	0	1	0	0	7
Karaağız	14	3	0	0	10	0	0	27
Karahıdır	4	0	0	3	1	0	0	8
Nalbant	2	0	0	0	3	0	0	5
Ovaesemen	1	0	0	0	0	0	0	1
Selimiye	10	0	0	0	1	0	0	11
Yumurcaklı	9	0	0	0	1	0	0	10
<b>Toplam</b>	<b>79</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>140</b>

### Acil servise başvuru

Katılımcıların %19,5'i (322 kişi) son bir yıl içinde acil servise başvurmuştur. Acil servise toplamda 608 başvuru olmuştur. Acil servise kişi başına düşen başvuru sayısı 0,37'dir (608/1648). Mahallelere göre acil servise başvuru anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=98,256$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 62).

**Tablo- 62:** Mahallelere göre son bir yıl içinde acil servise başvuru durumu

Mahalleler	Acil servise başvuru				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	31	31,0	69	69,0	100	6,1
Badırğa	6	5,9	95	94,1	101	6,1
Belenören	18	18,0	82	82,0	100	6,1
Cihatlı	23	23,0	77	77,0	100	6,1
Çağrıışan	33	33,0	67	67,0	100	6,1
Çandarlı	10	10,3	87	89,7	97	5,9
Çaylıca	14	35,0	26	65,0	40	2,4
Güneykeşane	13	27,7	34	72,3	47	2,9
Çivili	7	8,1	80	91,9	87	5,3
Dudaklı	13	13,0	87	87,0	100	6,1
Gedelek	24	24,0	76	76,0	100	6,1
Hamamlıkızık	23	23,0	77	77,0	100	6,1
Karaağız	4	4,0	96	96,0	100	6,1
Karahıdır	19	19,0	81	81,0	100	6,1
Nalbant	10	13,2	66	86,8	76	4,6
Ovaesemen	11	11,0	89	89,0	100	6,1
Selimiye	31	31,0	69	69,0	100	6,1
Yumurcaklı	32	32,0	68	68,0	100	6,1
<b>Toplam</b>	<b>322</b>	<b>19,5</b>	<b>1326</b>	<b>80,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi



### Diş hekimine başvuru

Katılımcıların %18,7'si (308 kişi) son bir yıl içinde 863 kez diş hekimine başvurmuştur. Kişi başına düşen diş hekimine başvuru sayısı yılda 0,52'dir (863/1648). Mahallelere göre diş hekimine başvuru anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=31,632$ ;  $p=0,017$ ) ( Tablo 63).

**Tablo-63:** Mahallelere göre diş hekimine başvuru durumu

Mahalleler	Diş hekimine başvuru				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	19	19,0	81	81,0	100	6,1
Badırğa	13	12,9	88	87,1	101	6,1
Belenören	17	17,0	83	83,0	100	6,1
Cihatlı	18	18,0	82	82,0	100	6,1
Çağrısan	27	27,0	73	73,0	100	6,1
Çandarlı	18	18,6	79	81,4	97	5,9
Çaylıca	2	5,0	38	95,0	40	2,4
Güneykeşane	5	10,6	42	89,4	47	2,9
Çivili	15	17,2	72	82,8	87	5,3
Dudaklı	25	25,0	75	75,0	100	6,1
Gedelek	15	15,0	85	85,0	100	6,1
Hamamlıkızık	21	21,0	79	79,0	100	6,1
Karaağız	10	10,0	90	90,0	100	6,1
Karahıdır	15	15,0	85	85,0	100	6,1
Nalbant	22	28,9	54	71,1	76	4,6
Ovaesemen	23	23,0	77	77,0	100	6,1
Selimiye	20	20,0	80	80,0	100	6,1
Yumurcaklı	23	23,0	77	77,0	100	6,1
<b>Toplam</b>	<b>308</b>	<b>18,7</b>	<b>1340</b>	<b>81,3</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

### Hastanede yatış

Tüm katılımcıların %7,5'i, 15 yaş ve üstü katılımcıların %7,9'u 2016 yılı içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti almıştır. 124 kişi en az bir kez, bunlardan 5 kişi de 3 kez hastanede yatmıştır. Toplam hastanede yatış 843 gündür. 2016 yılı içinde yaşlılarda ve kronik hastalığı olanlarda hastanede yatma durumu anlamlı olarak yüksektir ( $p<0,000$ ). Bazı değişkenlere göre hastanede yatma durumu Tablo 64'te verilmiştir.

**Tablo-64:** Katılımcıların bazı değişkenlere göre hastanede yatma durumu (2016)

Değişkenler	Hastanede				Toplam		$\chi^2$	p
	Yatan		Yatmayan					
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**		
<b>Cinsiyet</b>							1,095	0,295
Kadın	67	8,2	749	91,8	816	49,1		
Erkek	57	6,9	775	93,1	832	50,9		
<b>Toplam</b>	<b>124</b>	<b>7,5</b>	<b>1524</b>	<b>92,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b>Yaş Grubu</b>							47,165	<b>0,000</b>
0-17	15	4,3	331	95,7	346	21,0		
18-44	24	4,6	495	95,4	519	31,5		
45-64	38	7,5	469	92,5	507	30,8		
65yaş ve üstü	47	17,0	229	83,0	276	16,7		
<b>Toplam</b>	<b>124</b>	<b>7,5</b>	<b>1524</b>	<b>92,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		
<b>Kronik hastalık</b>							38,036	<b>0,000</b>
Var	70	13,4	452	86,6	522	31,7		
Yok	54	4,8	1072	95,2	1126	68,3		
<b>Toplam*</b>	<b>124</b>	<b>7,5</b>	<b>1524</b>	<b>92,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>		

Mahallelere göre hastanede yatmada farklılık saptanmamıştır (p>0.05)  
(Tablo 65 ).

**Tablo-65:** Kırsal mahallelere göre hastanede yatma durumu (2016)

Mahalleler	Hastanede				Toplam	
	Yatan		Yatmayan			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	11	11,0	89	89,0	100	6,1
Badırğa	4	4,0	97	96,0	101	6,1
Belenören	3	3,0	97	97,0	100	6,1
Cihatlı	7	7,0	93	93,0	100	6,1
Çağrıışan	9	9,0	91	91,0	100	6,1
Çandarlı	6	6,2	91	93,8	97	5,9
Çaylıca	4	10,0	36	90,0	40	2,4
Güneykeстане	6	12,8	41	87,2	47	2,9
Çivili	4	4,6	83	95,4	87	5,3
Dudaklı	9	9,0	91	91,0	100	6,1
Gedelek	13	13,0	87	87,0	100	6,1
Hamamlıkızık	2	2,0	98	98,0	100	6,1
Karaağız	6	6,0	94	94,0	100	6,1
Karahıdır	10	10,0	90	90,0	100	6,1
Nalbant	6	7,9	70	92,1	76	4,6
Ovaesemen	3	3,0	97	97,0	100	6,1
Selimiye	9	9,0	91	91,0	100	6,1
Yumurcaklı	12	12,0	88	88,0	100	6,1
<b>Toplam</b>	<b>124</b>	<b>7,5</b>	<b>1524</b>	<b>92,5</b>	<b>1648</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

### Son bir yılda karşılanmamış tıbbi gereksinim

Çalışmaya katılanların %12,5'i (206 kişi) son bir yıl içinde tıbbi gereksinimlerini (Tanı/tedavi ve ilaç) karşılayamadığını belirtmiştir. Tanı/tedavi gereksinimini karşılayamayan 199 kişi (%12,1), ilaç gereksinimini karşılayamayan ise 111 kişidir (%6,7). İlaç gereksinimini karşılayamadığını belirten kişilerden 104'ü aynı zamanda tanı/tedavi ile ilgili tıbbi gereksinimlerini de karşılayamayan kişilerdir; 7 kişi yalnızca ulaşım güclüğü nedeniyle ilaç gereksinimini karşılayamamıştır. Katılımcıların karşılanmamış tıbbi gereksinim ve ilaç durumları Tablo 66'da verilmektedir.

**Tablo- 66:** Katılımcıların son bir yılda karşılanmamış tıbbi gereksinim durumları

Karşılanmamış tıbbi gereksinim	Sayı	%*
Tanı/tedavi		
Ödeme güclüğü	170	10,3
Ulaşım güclüğü	29	1,8
Toplam	199	12,1
İlaç		
Ödeme güclüğü	101	6,1
Ulaşım Güclüğü	10	0,6
Toplam	111	6,7
Tanı/tedavi/ilaç ödeme ve ulaşım güclüğü	199	10,3
Yalnızca ilaç ulaşım güclüğü	7	0,4
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>12,5</b>

\* Karşılanmamış gereksinimin tüm katılımcılara (1648) oranı.

Ulaşım güclüğü nedeniyle sağlık hizmeti gereksinimini karşılayamayanlar, ulaşım aracı sahibi olmayanlarda (%12,2) olanlara (%4,5) göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=32,630$ ;  $p=0,000$ ).

Ulaşım güclüğü nedeniyle ilaç gereksinimini karşılayamayanlar, ulaşım aracı sahibi olmayanlarda (%1,6), olanlara (%0,4) göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=8,157$ ;  $p=0,004$ ).

Sosyal güvencesi olmayanlarda (%31,9), olanlara (%10,8) göre karşılanmamış tıbbi gereksinim anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=50,348$ ;  $p=0,000$ ). Engeli bulunan bireylerin %12,5'inin (2 kişi) karşılanmamış tıbbi gereksinimi bulunmaktadır.

Karşılanmamış tıbbi gereksinim açısından mahalleler arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $\chi^2=63,26$ ;  $p=0,000$ ). Mahallelere göre katılımcıların karşılanmamış tıbbi gereksinim oranları Tablo 67'de verilmiştir.

**Tablo-67:** Mahallelere göre katılımcıların karşılanmamış tıbbi gereksinim oranları (%)

Mahalle	Tıbbi gereksinimi (tanı/tedavi/ilac) karşılanmamış kişi sayısı	%*
Ahmetbey	14	14,0
Badırğa	7	6,9
Belenören	10	10,0
Cihatlı	7	7,0
Çağrısan	12	12,0
Çandarlı	24	24,7
Çaylıca	5	12,5
Güneykeşane	18	38,3
Çivili	9	26,3
Dudaklı	18	18,0
Gedelek	10	10,0
Hamamlıkızık	12	12,0
Karaağız	13	13,0
Karahıdır	5	5,0
Nalbant	20	26,3
Ovaesemen	6	6,0
Selimiye	7	7,0
Yumurcaklı	9	9,0
<b>Toplam</b>	<b>206</b>	<b>12,5</b>

\* Mahalle nüfuslarına göre hesaplanmıştır.

Mahallelerin ASM ve devlet hastanesine uzaklık ve sürelerine göre karşılanmamış tıbbi gereksinim açısından aralarında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

## Sağlık hizmeti kullanımında süreklilik ve etkileyen değişkenler

### Katılımcıların aile hekimine kayıt olmalarını bilme durumu

Çalışmaya katılanların %98,0'i (1615 kişi) aile hekimine kayıtlı olduğunu belirtirken, 20 kişi ise (%1,2) kayıtlı olup olmadıkları hakkında kesin bilgiye sahip değildir. Aile hekimine kayıtlı olup olmadıkları hakkında kesin bilgiye sahip olmayanlardan 17 kişi aile hekimine hiç başvurmamış, hekim de kendileriyle hiç iletişime geçmemiştir.

Aile hekimine kayıtlı olduğunu bilenlerin %1,9'u (30 kişi) hanede farklı aile hekimine kayıtlı kişi bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 68).

**Tablo-68:** Katılımcıların aile hekimine kayıtlı olduğunu bilme, hanede yaşayanlarla aynı hekime kayıtlı olma ve değiştirme durumları

Özellikler	Sayı	%
<b>Aile hekimine kayıtlı olma durumu (n=1648)</b>		
Kayıtlı	1615	98,0
Bilmiyor	20	1,2
Kayıtlı değil	13	0,8
<b>Hanede yaşayanlarla aynı aile hekimine kayıtlı olma durumu (n=1615)</b>		
Aynı aile hekimine kayıtlı olanlar	1574	97,4
Aynı aile hekimine kayıtlı olup olmadığını bilmeyenler	11	0,7
Aynı aile hekimine kayıtlı olmayanlar	30	1,9
<b>Aile hekiminin değişme durumu (n=1635)</b>		
Aile hekimini değiştirenler	197	12,0
Aile hekimini değiştirmeyenler	1427	87,3
Aile hekimini değiştirmeyi düşünenler	11	0,7

Çandarlı, Güneykeşane ve Selimiye mahallelerinde hekimin birim değişikliği nedeniyle aile hekimi değişimi gerçekleşmiştir. Mahallelere göre aile hekimi değişimi durumu Tablo 69'da verilmiştir.

**Tablo- 69:** Mahallelere göre katılımcıların aile hekiminin değişme durumu

Mahalleler	Aile hekiminin değişme durumu						Toplam	
	Evet, değişti		Değişmedi, değiştirmeyi düşünüyor		Hayır, değişmedi			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	0	0,0	1	1,0	99	99,0	100	6,1
Badırğa	0	0,0	1	1,0	99	99,0	100	6,1
Belenören	10	10,0	0	0,0	90	90,0	100	6,1
Cihatlı	1	1,0	1	1,0	98	98,0	100	6,1
Çağrısan	11	11,0	2	2,0	87	87,0	100	6,1
Çandarlı	44	49,4	0	0,0	45	50,6	89	5,4
Çaylıca	1	2,5	0	0,0	39	97,5	40	2,4
Güneykeşane	33	70,2	0	0,0	14	29,8	47	2,9
Çivili	3	3,5	0	0,0	83	96,5	86	5,3
Dudaklı	4	4,0	0	0,0	96	96,0	100	6,1
Gedelek	0	0,0	0	0,0	100	100,0	100	6,1
Hamamlıkızık	0	0,0	0	0,0	100	100,0	100	6,1
Karaağız	2	2,0	0	0,0	98	98,0	100	6,1
Karahıdır	17	17,0	0	0,0	83	83,0	100	6,1
Nalbant	3	4,1	0	0,0	70	95,9	73	4,6
Ovaesemen	4	4,0	0	0,0	96	96,0	100	6,1
Selimiye	57	57,0	0	0,0	43	43,0	100	6,1
Yumurcaklı	7	7,0	6	6,0	87	87,0	100	6,1
<b>Toplam</b>	<b>197</b>	<b>12,0</b>	<b>11</b>	<b>0,7</b>	<b>1427</b>	<b>87,3</b>	<b>1635***</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

\*\*\*Aile hekimine kayıtlı olan ve olup olmadığını bilmeyenleri içermektedir.

Aile hekiminin değişmesi en çok aile hekiminin yer değişikliği yapması nedeniyle. İkinci sırada katılımcılar yer değişikliği yapmaları nedeniyle aile hekimlerini değiştirmişlerdir (Tablo 70).

**Tablo-70:** Aile hekiminin değişme nedenleri

Nedenler	Sayı	%	%*
Hekimin yer değişikliği	145	73,8	-
Kişinin yer değişikliği	29	14,7	55,8
Kişinin hekimden memnuniyetsizliği	9	4,5	17,3
Kişinin yaz kış farklı yerde ikameti	5	2,5	9,6
Sağlık ocağındaki doktoruna kayıt taşıması	5	2,5	9,6
Hekim rapor vermediği için	3	1,5	5,8
ASM uzak olduğu için	1	0,5	1,9
Toplam	197	100,0	100,0

\*Hekimin yer değişikliği dahil edilmemiştir.

#### **Katılımcıların aile hekimlerini bilme durumu**

15 yaş üstü bireylerin (aile hekimine kaydı olmayanlar hariç) %28,9'u aile hekiminin adını, %80,2'si de aile sağlığı elemanının adını bilmemektedir (Tablo 71).

**Tablo-71:** Katılımcıların aile hekimini ve aile sağlığı elemanını bilme durumu

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekiminin adını bilme durumu (n=1391)</b>		
Aile hekiminin adını ve soyadını bilenler	477	34,3
Aile hekiminin adını bilenler, soyadını bilmeyenler	511	36,8
Aile hekiminin adını bilmeyenler	403	28,9
<b>Aile sağlığı elemanının adını bilme durumu (n=1391)</b>		
Aile sağlığı elemanının adını ve soyadını bilenler	46	3,3
Aile sağlığı elemanının adını bilenler, soyadını bilmeyenler	230	16,5
Aile sağlığı elemanının adını bilmeyenler	1115	80,2



Mahallelere göre katılımcıların aile hekiminin adını bilme durumu anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=628,27$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 72).

**Tablo-72:** Mahallelere göre katılımcıların aile hekimlerinin adını bilme durumu

Mahalleler	Aile hekiminin						Toplam	
	Adını ve soyadını bilenler		Sadece adını bilenler		Adını ve soyadını bilmeyenler			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	51	61,5	25	30,1	7	8,4	83	6,0
Badırğa	11	12,8	51	60,0	23	27,2	85	6,1
Belenören	12	13,3	29	32,2	49	54,5	90	6,5
Cihatlı	21	23,3	34	37,8	35	38,9	90	6,5
Çağrısan	70	87,5	7	8,8	3	3,7	80	5,8
Çandarlı	2	2,7	13	17,8	58	79,5	73	5,2
Çaylıca	7	18,4	18	47,4	13	34,2	38	2,7
Güneykestane	1	2,2	5	11,4	38	86,4	44	3,2
Çivili	23	28,1	38	46,3	21	25,6	82	5,9
Dudaklı	48	52,1	33	35,9	11	12,0	92	6,6
Gedelek	49	58,3	25	29,8	10	11,9	84	6,0
Hamamlıkızık	9	11,0	53	64,6	20	24,4	82	5,9
Karaağız	18	28,6	30	47,6	16	23,8	64	4,5
Karahıdır	33	45,2	37	50,7	3	4,1	73	5,2
Nalbant	6	9,5	16	25,4	41	65,1	63	4,5
Ovaesemen	21	23,6	55	61,8	13	14,6	89	6,4
Selimiye	20	22,7	35	39,8	33	37,5	88	6,3
Yumurcaklı	75	82,4	7	7,7	9	9,9	91	6,5
<b>Toplam</b>	<b>477</b>	<b>34,3</b>	<b>511</b>	<b>36,7</b>	<b>403</b>	<b>29,0</b>	<b>1391</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

Mahallelere göre katılımcıların aile sağlığı elemanının adını bilme durumu anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=218,910$ ;  $p=0,000$ ) (Tablo 73).

**Tablo-73:** Mahallelere göre katılımcıların aile sağlığı elemanının adını bilme durumu

Mahalleler	Aile sağlığı elemanının						Toplam	
	Adını ve soyadını bilenler		Sadece adını bilenler		Adını ve soyadını bilmeyenler			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	6	7,2	2	24,1	57	68,7	83	6,0
Badırğa	0	0,0	28	32,6	58	67,4	86	6,2
Belenören	5	5,6	35	38,9	50	55,6	90	6,5
Cihatlı	2	2,2	13	14,4	75	83,3	90	6,5
Çağrısan	0	0,0	14	17,5	66	82,5	80	5,8
Çandarlı	2	2,7	3	4,1	68	93,2	73	5,2
Çaylıca	4	10,5	7	18,4	27	71,1	38	2,7
Güneykestane	0	0,0	0	0,0	44	100,0	44	3,2
Çivili	0	0,0	5	6,1	77	93,9	82	5,9
Dudaklı	1	1,1	6	6,5	85	92,4	92	6,6
Gedek	4	4,8	10	11,9	70	83,3	84	6,0
Hamamlıkızık	5	6,1	8	9,8	69	84,1	82	5,9
Karaağız	0	0,0	28	43,7	36	56,3	64	4,6
Karahıdır	5	6,8	27	37,0	41	56,2	73	5,2
Nalbant	3	4,8	17	27,0	43	68,2	63	4,5
Ovaesemen	2	2,2	2	2,2	85	95,6	89	6,4
Selimiye	4	4,5	3	3,4	81	92,1	88	6,3
Yumurcaklı	3	3,3	4	4,4	84	92,3	91	6,5
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>3,3</b>	<b>230</b>	<b>16,5</b>	<b>1115</b>	<b>80,2</b>	<b>1391</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

Aile hekiminin adını ve soyadını bilme ASM'ye uzaklığı 10 kilometreden az ve ulaşım süresi 30 dakikadan az olan mahallelerde anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 74).

**Tablo-74:** Kırsal mahallelerin en yakın ASM'ye ve Devlet hastanesine uzaklıkları ve sürelerine göre katılımcıların aile hekiminin adını bilme durumu

Mahallelerin		Aile hekiminin						Toplam		$\chi^2$	p
		Adını ve soyadını biliyor		Sadece adını biliyor		Adını ve soyadını bilmiyor					
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
ASM'ye uzaklığı	10 km'den az	239	43,1	197	35,5	119	21,4	555	39,9	39,180	0,000
	10 km ve daha fazla	238	28,5	314	37,5	284	34,0	836	60,1		
ASM'ye süresi	30 dk'dan az	426	36,0	400	33,8	356	30,2	1182	85,0	28,535	0,000
	30 dk ve daha fazla	51	24,4	111	53,1	47	22,5	209	15,0		

### 15 yaş ve üstü katılımcıların aile hekimlerinin mahalleye ziyaretini bilme durumu

Katılımcıların aile hekiminin mahalleye gelmesini bilme durumu Tablo 75'te verilmiştir.

**Tablo-75:** Katılımcıların aile hekiminin mahalleye gelmesini bilme durumu

Aile hekimi köye geliyor mu? (n=1391)	Sayı	%
Hayır, gelmiyor	357	25,7
Bilmiyorum	115	8,3
Evet, geliyor	919	66,0
Toplam	1391	100,0

Katılımcılara göre, üç mahalle haricinde (Badırğa, Güneykeşane ve Hamamlıkızık), diğler tüm mahallelere gezici hizmet verilmektedir (Tablo 76).

**Tablo-76:** Mahallelere göre 15 yaş ve üstü katılımcıların aile hekiminin mahalleye gelmesini bilme durumu

Mahalleler	Aile hekimi köye geliyor mu?						Toplam	
	Hayır, gelmiyor		Bilmiyorum		Evet, geliyor			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	2	2,4	4	4,8	77	92,8	83	6,0
Badırğa	83	96,5	3	3,5	0	0,0	86	6,2
Belenören	3	3,3	5	5,6	82	91,1	90	6,5
Cihatlı	9	10,0	13	14,4	68	75,6	90	6,5
Çağrışan	19	23,8	1	1,2	60	75,0	80	5,8
Çandarlı	15	20,5	28	38,4	30	41,1	73	5,2
Çaylıca	0	0,0	3	7,9	35	92,1	38	2,7
Güneykeşane	43	97,7	1	2,3	0	0,0	44	3,2
Çivili	62	75,6	5	6,1	15	18,3	82	5,9
Dudaklı	5	5,4	3	3,3	84	91,3	92	6,6
Gedelek	0	0,0	2	2,4	82	97,6	84	6,0
Hamamlıkızık	82	100,0	0	0,0	0	0,0	82	5,9
Karaağız	1	1,6	8	12,7	54	85,7	63	4,5
Karahıdır	14	19,2	7	9,6	52	71,2	73	5,2
Nalbant	3	4,8	7	11,1	53	84,1	63	4,5
Ovaesemen	3	3,4	1	1,1	85	95,5	89	6,4
Selimiye	6	6,8	22	25,0	60	68,2	88	6,3
Yumurcaklı	7	7,7	2	2,2	82	90,1	91	6,5
<b>Toplam</b>	<b>357</b>	<b>25,7</b>	<b>115</b>	<b>8,3</b>	<b>919</b>	<b>66,0</b>	<b>1391</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

Katılımcılardan aile hekiminin köye geldiğini bilenlerin hepsi köye gelme sıklığını ve gününü doğru bilmektedir, bir kişi aile hekiminin mahallede ne kadar kaldığını yanlış bilmekte, bir kişi de bilmemektedir. 83 kişi (%9,0) aile hekiminin mahallede kalma süresini yeterli bulmamaktadır (Tablo 77).

**Tablo-77:** Katılımcıların aile hekiminin mobil hizmetinin değerlendirilmesi

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekiminin mahallede kaldığı süreyi bilme durumu</b>		
Yanlış	1	0,1
Bilmiyor	1	0,1
Doğru	917	99,8
<b>Aile Hekimin mahallede bulunmasını (süre/sıklık) yeterli bulma durumu</b>		
Hayır, yetersiz	83	9,0
Evet, yeterli	835	91,0

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanının ev ziyaretleri yok denecek kadar azdır; aile hekimi katılımcıların %1,5'inin, aile sağlığı elemanı ise katılımcıların %0,5'inin evini ziyaret etmiştir.

0-6 yaş grubundaki bebek ve çocukların %71,6'sının (73 kişi) büyüme ve gelişmeleri aile hekimliğinde takip edilmektedir. 0-6 yaş grubu bebek ve çocuklardan yalnızca biri evinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından ziyaret edilmiştir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı son bir yıl içinde gebelerin evine ziyarette bulunmamıştır.

#### **Katılımcıların sağlık hizmeti almak için aile hekimini kullanmış olma durumları**

Aile hekimine kaydı olmayanlar dışında kalan toplam 1635 katılımcının (Tablo 68) %77,4'ü (1266 kişi) aile hekimliği sistemine geçildiğinden beri muayene, kontrol vs amaçlı en az bir kere aile hekimine başvurmuştur. Aile hekimliği sistemine geçildiğinden bu yana 369 kişi aile hekimine hiç başvurmamış, aile hekimleri de bu kişilerle hiç iletişime geçmemiştir.

ASM'ye uzaklığı 10 km'den daha az olan mahallelerde yaşayanların, 10 km'den fazla olan mahallelerde yaşayanlara göre aile hekimine en az bir kere başvurmuş olması anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=11,239$ ;  $p=0,001$ ). Aynı şekilde ASM'ye 30 dk'dan daha kısa sürede ulaşılabilen mahallelerde yaşayanların, daha uzun sürede ulaşanlara göre başvurmuş olması anlamlı olarak daha yüksektir ( $\chi^2=7,516$ ;  $p=0,006$ ).

Mahallelere göre katılımcıların (aile hekimine kaydı olmayanlar hariç) aile hekimliğine başvurma durumu anlamlı olarak farklıdır ( $\chi^2=112,402$ ;

p=0,000). Mahallelere göre katılımcıların aile hekimliği uygulamasına geçtiğinden itibaren en az bir kere aile hekimine başvuru durumu Tablo 78’de verilmiştir.

**Tablo-78:** Mahallelere göre katılımcıların aile hekimliğine başvurma durumu

Mahalleler	Aile hekimine				Toplam	
	Başvuran		Başvurmayan			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	78	78,0	22	22,0	100	6,1
Badırğa	76	76,0	24	24,0	100	6,1
Belenören	77	77,0	23	23,0	100	6,1
Cihatlı	69	69,0	31	31,0	100	6,1
Çağrıışan	95	95,0	5	5,0	100	6,1
Çandarlı	50	56,2	39	43,8	89	5,4
Çaylıca	26	65,0	14	35,0	40	2,4
Güneykestane	27	57,4	20	42,6	47	2,9
Çivili	63	73,3	23	26,7	86	5,3
Dudaklı	93	93,0	7	7,0	100	6,1
Gedelek	89	89,0	11	11,0	100	6,1
Hamamlıkızık	93	93,0	7	7,0	100	6,1
Karaağz	83	83,0	17	17,0	100	6,1
Karahıdır	80	80,0	20	20,0	100	6,1
Nalbant	45	61,6	28	38,4	73	4,5
Ovaesemen	70	70,0	30	30,0	100	6,1
Selimiye	79	79,0	21	21,0	100	6,1
Yumurcaklı	73	73,0	27	27,0	100	6,1
<b>Toplam</b>	<b>1266</b>	<b>77,4</b>	<b>369</b>	<b>22,6</b>	<b>1635</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\*Sütun yüzdesi

Katılımcılardan 944’ü (%57,7) son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurmuştur (Tablo 79). Mahallelere göre katılımcıların aile hekimine en son başvuru zamanları Tablo 80’de, katılımcıların bazı özelliklerine göre aile hekimliğine başvurma durumları ise Tablo 81’de verilmektedir.

**Tablo-79:** Aile Hekimine en son başvurma zamanı

<b>Aile Hekimine en son başvurma zamanı (n=1635)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Son 3 ay içinde başvuran	654	40,0
3-6 ay içinde başvuran	132	8,1
6 ay-1 yıl içinde başvuran	158	9,6
1 yıldan uzun süre önce başvuran	322	19,7
Hiç başvurmamış	369	22,6
<b>Toplam</b>	<b>1635</b>	<b>100,0</b>

**Tablo-80:** Mahallelere göre katılımcıların aile hekimine en son başvuru zamanları

Mahalleler	Aile hekimliğine başvurma zamanı								Toplam	
	Son 3 ay içinde		3-6 ay içinde		6 ay-1 yıl içinde		1 yıldan daha uzun süre önce			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	35	44,9	10	12,8	12	15,4	21	26,9	78	6,2
Badırğa	35	46,1	11	14,5	13	17,1	17	22,4	76	6,0
Belenören	44	57,1	7	9,1	3	3,9	23	29,9	77	6,1
Cihatlı	30	43,5	12	17,4	10	14,5	17	24,6	69	5,5
Çağrıışan	49	51,6	11	11,6	15	15,8	20	21,1	95	6,6
Çandarlı	24	48,0	5	10,0	6	12,0	15	30,0	50	3,9
Çaylıca	18	69,3	0	0,0	1	3,8	7	26,9	26	2,1
Güneykestane	8	29,6	2	7,4	5	18,5	12	44,4	27	2,1
Çivili	30	47,6	7	11,1	6	9,5	20	31,7	63	5,0
Dudaklı	48	51,5	6	6,5	17	18,3	22	23,7	93	7,3
Gedelek	56	62,9	13	14,6	4	4,5	16	18,0	89	7,0
Hamamlıkızık	53	57,0	18	19,4	10	10,8	12	12,9	93	7,3
Karaağız	39	47,0	10	12,0	15	18,1	19	22,9	83	6,6
Karahıdır	48	60,0	2	2,5	11	13,8	19	23,8	80	6,3
Nalbant	25	55,6	4	8,9	5	11,1	11	24,4	45	3,6
Ovaesemen	35	50,0	4	5,7	7	10,0	24	34,3	70	5,5
Selimiye	44	55,7	4	5,1	13	16,5	18	22,8	79	6,2
Yumurcaklı	33	45,2	6	8,2	5	6,8	29	39,7	73	5,8
<b>Toplam</b>	<b>654</b>	<b>51,7</b>	<b>132</b>	<b>10,4</b>	<b>158</b>	<b>12,5</b>	<b>322</b>	<b>25,4</b>	<b>1266</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi, \*\* Sütun yüzdesi

**Tablo-81:** Katılımcıların bazı özelliklerine göre aile hekimliğine başvurma durumu

Özellikler	Aile hekimine başvuru				Toplam		X <sup>2</sup>	p
	Var		Yok		Sayı	%**		
	Sayı	%*	Sayı	%*				
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	682	84,4	126	15,6	808	100,0	44,47	0,000
Erkek	584	70,6	243	29,4	827	100,0		
<b>Toplam</b>	1266	77,4	369	22,6	1635	100,0		
<b>Yaş Grubu</b>								
0-6	101	99,0	1	1,0	102	100,0	82,88	0,000
7-17	187	77,6	54	22,4	241	100,0		
18-44	339	65,7	177	34,3	516	100,0		
45-64	406	80,1	101	19,9	507	100,0		
65 yaş ve üstü	233	86,6	36	13,4	269	100,0		
<b>Toplam</b>	1266	77,4	369	22,6	1635	100,0		
<b>Medeni Durum (15 yaş ve üstü bireyler)</b>								
Bekar	203	66,1	104	33,9	307	100,0	25,43	0,000
Evli	744	77,7	214	22,3	958	100,0		
Dul/Boşanmış/Eşinden ayrı yaşıyor	109	86,5	17	13,5	126	100,0		
<b>Toplam</b>	1056	75,9	335	24,1	1391	100,0		
<b>Öğrenim Durumu (15 yaş ve üstü bireyler)</b>								
Okur yazar olmayan	107	82,9	22	17,1	129	100,0	19,91	0,003
Okur yazar	78	81,3	18	18,8	96	100,0		
İlkokul mezunu	566	78,1	159	21,9	725	100,0		
Ortaokul mezunu	174	71,6	69	28,4	243	100,0		
Lise mezunu	87	66,9	43	33,1	130	100,0		
Yüksekokul mezunu	18	62,1	11	37,9	29	100,0		
Üniversite/lisans/doktora	26	66,7	13	33,3	39	100,0		
<b>Toplam*</b>	1189	76,4	368	23,6	1391	100,0		
<b>Çalışma durumu (15-64 yaş bireyler)</b>								
Hayır	577	78,9	154	21,1	731	100,0	33,44	0,000
Evet	246	62,9	145	37,1	391	100,0		
<b>Toplam</b>	823	73,4	299	26,6	1122	100,0		
<b>Sosyal Güvence</b>								
Yok	68	51,9	63	48,1	131	100,0	53,09	0,000
Var	1198	79,7	306	20,3	1504	100,0		
<b>Toplam</b>	1266	77,4	369	22,6	1635	100,0		

\*Satır yüzdesi, \*\* Sütun yüzdesi



**Katılımcıların son iki başvurusunu aile hekimine yapmış olma durumu (Olağan hizmet sunucu sürekliliği)**

Tüm katılımcıların olağan hizmet sunucu sürekliliği %17,8'dir. Daha önce aile hekiminden hizmet almak için başvuranlarda ise olağan hizmet sunucu sürekliliği %23,1'dir (Tablo 82).

**Tablo-82:** Katılımcıların olağan hizmet sunucu sürekliliği

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekimini kullananların olağan hizmet sunucu sürekliliği (n=1266)</b>		
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olan	293	23,1
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olmayan	973	77,8
<b>Tüm katılımcıların olağan hizmet sunucu sürekliliği (n=1648)</b>		
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olan	293	17,8
Olağan hizmet sunucu sürekliliği olmayan	1355	82,1

Mahallelerde aile hekimine en az bir kez başvuranlarda olağan hizmet sunucu sürekliliği %11,1-40,9 arasında değişirken, tüm katılımcılarda olağan hizmet sunucu sürekliliği %6,4-38,0 arasında değişmektedir (Tablo 83).

**Tablo-83:** Mahallelerde olağan hizmet sunucu sürekliliği

<b>Mahalleler</b>	<b>Aile hekimine en az bir kez başvuranlarda olağan hizmet sunucu sürekliliği</b>	<b>Tüm katılımcılarda olağan hizmet sunucu sürekliliği</b>
Ahmetbey	11,5	9,0
Badırga	27,6	20,8
Belenören	11,7	9,0
Cihatlı	20,3	14,0
Çağrıışan	21,1	20,0
Çandarlı	22,0	11,3
Çaylıca	38,5	25,0
Güneykestane	11,1	6,4
Çivili	11,1	8,0
Dudaklı	29,0	27,0
Gedelek	27,0	24,0
Hamamlıkızık	40,9	38,0
Karaağız	37,3	31,0
Karahıdır	37,5	30,0
Nalbant	15,6	9,2
Ovaesemen	12,9	9,0
Selimiye	15,2	12,0
Yumurcaklı	15,1	11,0
<b>Toplam</b>	<b>23,1</b>	<b>17,8</b>

### **Katılımcıların aile hekiminden hizmet alma özellikleri ve memnuniyetleri**

15 yaş ve üzeri en az bir kez aile hekimine başvurmuş olan bireylerden (1056 kişi) %92,3'ü aile hekimine başvurduklarında fazla beklemediğini, %96,7'si aile hekimi izinli/görevli olduğunda aynı aile sağlığı merkezindeki diğer aile hekiminden hizmet almada herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir (Tablo 84).

**Tablo-84:** Katılımcıların aile hekiminden hizmet alma özellikleri

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekimliğinde hizmet almak için bekleme süresi (n=1056)</b>		
Fazla beklemeden hizmete ulaşırım	975	92,3
Biraz fazla beklediğimi düşünüyorum	70	6,6
Çok fazla beklediğimi düşünüyorum	7	0,7
Kararsızım	4	0,4
<b>Aile hekimi izinli/görevli olduğunda aynı aile sağlığı merkezindeki diğer aile hekiminden hizmet alma durumu (n=1056)</b>		
Böyle bir durumla karşılaşmadım	545	51,6
Hayır işlerimi her zamanki gibi halledebiliyorum	494	46,8
Evet, problem yaşıyorum	17	1,6

Katılımcıların mahallelere göre aile hekimliğinde hizmet almak için bekleme süresine ilişkin düşünceleri Tablo 85'te verilmiştir.

**Tablo- 85:** Katılımcıların aile hekimliğinde hizmet almak için bekleme süresine ilişkin düşünceleri

Mahalleler	Aile hekimliğinde hizmet almak için bekleme süresi								Toplam	
	Fazla beklemeden hizmete ulaşırım		Biraz fazla beklediğimi düşünüyorum		Çok fazla beklediğimi düşünüyorum		Kararsızım			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	61	96,8	2	3,2	0	0,0	0	0,0	63	6,0
Badırğa	64	95,5	3	4,5	0	0,0	0	0,0	67	6,3
Belenören	64	94,1	4	5,9	0	0,0	0	0,0	68	6,4
Cihatlı	57	95,0	3	5,0	0	0,0	0	0,0	60	5,7
Çağrışan	63	84,0	11	14,7	1	1,3	0	0,0	75	7,1
Çandarlı	41	97,6	1	2,4	0	0,0	0	0,0	42	4,0
Çaylıca	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	2,3
Güneykeşane	21	87,5	3	12,5	0	0,0	0	0,0	24	2,3
Çivili	57	95,0	3	5,0	0	0,0	0	0,0	60	5,7
Dudaklı	81	94,2	5	5,8	0	0,0	0	0,0	86	8,1
Gedek	71	97,3	2	2,7	0	0,0	0	0,0	73	6,9
Hamamlıkızık	66	88,0	9	12,0	0	0,0	0	0,0	75	7,1
Karaağız	48	94,1	3	5,9	0	0,0	0	0,0	51	4,8
Karahıdır	50	92,6	3	5,6	1	1,9	0	0,0	54	5,1
Nalbant	36	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	36	3,4
Ovaesemen	61	96,8	2	3,2	0	0,0	0	0,0	63	6,0
Selimiye	67	97,2	1	1,4	0	0,0	1	1,4	69	6,5
Yumurcaklı	43	65,2	15	22,7	5	7,6	3	4,5	66	6,3
<b>Toplam</b>	<b>975</b>	<b>92,3</b>	<b>70</b>	<b>6,6</b>	<b>7</b>	<b>0,7</b>	<b>4</b>	<b>0,4</b>	<b>1056</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

Mahallelere göre 15 yaş ve üzerindeki aile hekimine başvurmuş olan katılımcıların Aile hekimi izinli/görevli olduğunda aynı aile sağlığı merkezindeki diğer aile hekiminden hizmet alma durumu Tablo 86'da verilmiştir.

**Tablo- 86:** Aile hekimi izinli/görevli olduğunda aynı aile sağlığı merkezindeki diğer aile hekiminden hizmet alma durumu

Mahalleler	Böyle bir durumla karşılaşmadım		Hayır işlerimi her zamanki gibi halledebiliyorum		Evet, problem yaşıyorum		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	29	46,0	34	54,0	0	0,0	63	6,0
Badırğa	28	41,8	39	58,2	0	0,0	67	6,3
Belenören	35	51,5	31	45,6	2	2,9	68	6,4
Cihatlı	32	53,3	28	46,7	0	0,0	60	5,7
Çağrışan	7	9,3	66	88,0	2	2,7	75	7,1
Çandarlı	35	83,3	7	16,7	0	0,0	42	4,0
Çaylıca	10	41,7	14	58,3	0	0,0	24	2,3
Güneykeşane	14	58,3	10	41,7	0	0,0	24	2,3
Çivili	54	90,0	3	5,0	3	5,0	60	5,7
Dudaklı	69	80,2	14	16,3	3	3,5	86	8,1
Gedelek	22	30,1	50	68,5	1	1,4	73	6,9
Hamamlıkızık	38	50,7	37	49,3	0	0,0	75	7,1
Karaağız	33	64,7	17	33,3	1	2,0	51	4,8
Karahıdır	3	5,6	50	92,6	1	1,9	54	5,1
Nalbant	28	77,8	8	22,2	0	0,0	36	3,4
Ovaesemen	49	77,8	14	22,2	0	0,0	63	6,0
Selimiye	26	37,7	43	62,3	0	0,0	69	6,5
Yumurcaklı	33	50,0	29	43,9	4	6,1	66	6,3
<b>Toplam</b>	<b>545</b>	<b>51,6</b>	<b>494</b>	<b>46,8</b>	<b>17</b>	<b>1,6</b>	<b>1056</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

15 yaş ve üzeri aile hekimine başvurmuş olan katılımcıların %94,5'i aile hekiminin, %94,0'ü de aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulmaktadır. %94,6'sı aile hekiminden memnundur (Tablo 87).

**Tablo-87:** Katılımcıların aile hekimi ve aile sağlığı elemanından memnuniyet durumları

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekiminin yaklaşımını iyi bulma durumu (n=1056)</b>		
Çok iyi	143	13,5
İyi	854	81,0
Orta	48	4,5
Kötü	11	1,0
Çok Kötü	0	0
<b>Aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulma durumu (n=1056)</b>		
Çok iyi	129	12,2
İyi	864	81,8
Orta	47	4,5
Kötü	11	1,0
Çok Kötü	0	0
Hiç görmedim	5	0,5
<b>Aile hekiminden memnuniyet durumu (n=1056)</b>		
Aile hekiminden memnun olanlar		
Çok Memnun	126	11,9
Memnun	863	81,7
Aile hekiminden memnun olmayanlar		
Kararsızım	46	4,4
Memnun değil	18	1,7
Hiç memnun değil	3	0,3

Mahallelere göre aile hekimlerinin yaklaşımının değerlendirmeleri Tablo 88'te verilmiştir.

**Tablo- 88:** Mahallelere göre aile hekimlerinin yaklaşımının değerlendirmeleri

Mahalleler	İyi		İyiden kötü		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	54	85,7	9	14,3	63	6,0
Badırğa	49	73,1	18	26,9	67	6,4
Belenören	65	95,6	3	4,4	68	6,5
Cihatlı	60	100,0	0	0,0	60	5,7
Çağrışan	75	100,0	0	0,0	75	7,1
Çandarlı	39	92,9	3	7,1	42	4,0
Çaylıca	24	100,0	0	0,0	24	2,3
Güneykeştane	22	91,7	2	8,3	24	2,3
Çivili	58	96,7	2	3,3	60	5,6
Dudaklı	77	89,5	9	10,5	86	8,2
Gedelek	73	100,0	0	0,0	73	6,9
Hamamlıkızık	75	100,0	0	0,0	75	7,1
Karaağız	50	98,0	1	2,0	51	4,8
Karahıdır	52	96,3	2	3,7	54	5,1
Nalbant	35	97,2	1	2,8	36	3,4
Ovaesemen	63	100,0	0	0,0	63	6,0
Selimiye	69	100,0	0	0,0	69	6,5
Yumurcaklı	57	86,4	9	13,6	66	6,3
<b>Toplam</b>	<b>997</b>	<b>94,4</b>	<b>59</b>	<b>5,6</b>	<b>1056</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

Mahallelere göre aile hekimlerinden memnuniyet durumu Tablo 89'da verilmiştir.

**Tablo- 89:** Mahallelere göre Aile hekimlerinden memnuniyet durumu

Mahalleler	Memnun		Memnun değil		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	52	82,5	11	17,5	63	6,0
Badırğa	50	74,6	17	25,4	67	6,3
Belenören	65	95,6	3	4,4	68	6,4
Cihatlı	60	100,0	0	0,0	60	5,7
Çağrısan	75	100,0	0	0,0	75	7,1
Çandarlı	40	95,2	2	4,8	42	4,0
Çaylıca	24	100,0	0	0,0	24	2,3
Güneykestane	24	100,0	0	0,0	24	2,3
Çivili	56	93,3	4	6,7	60	5,7
Dudaklı	74	86,0	12	14,0	86	8,1
Gedelek	72	98,6	1	1,4	73	6,9
Hamamlıkızık	75	100,0	0	0,0	75	7,1
Karaağız	51	100,0	0	0,0	51	4,8
Karahıdır	50	92,6	4	7,4	54	5,1
Nalbant	36	100,0	0	0,0	36	3,4
Ovaesemen	63	100,0	0	0,0	63	6,0
Selimiye	69	100,0	0	0,0	69	6,5
Yumurcaklı	53	80,3	13	19,7	66	6,3
<b>Toplam</b>	<b>989</b>	<b>93,7</b>	<b>67</b>	<b>6,3</b>	<b>1056</b>	<b>100,0</b>

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi



## Sağlık hizmeti sunumunun kapsayıcılığı ve etkileyen değişkenler

### Aile hekimine başvurmuş katılımcıların aile hekimine başvuru nedenleri

Son bir yılda katılımcılardan 530 kişi (%32,2) muayene olmak amacıyla, 575 kişi (%34,9) ise ilaç yazdırmak amacıyla aile hekimine başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcılar bazen yalnızca ilaç yazdırmak gibi tek gerekçe ile başvurabildikleri gibi, aynı anda hem muayene olmak hem de ilaç yazdırmak gibi birden fazla gerekçe ile de aile hekimine başvurduklarını belirtmişlerdir. Son bir yıl içinde aile hekimine başvurmuş katılımcıların başvuru nedenlerinin dağılımı Tablo 90'da verilmiştir.

**Tablo-90:** Son bir yılda aile hekimine başvurmuş katılımcıların aile hekimine başvuru nedenleri

Başvuru amacı	Başvuru yeri								Başvuru yapmayan		Toplam	
	ASM		Mobil		ASM ve mobil		Evde					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Muayene	356	21,6	117	7,1	56	3,4	1	0,1	1118	67,8	1648	100,0
Kontrol	31	1,9	21	1,3	4	0,2	0	0	1592	96,6	1648	100,0
İlaç yazdırma	309	18,8	161	9,8	104	6,3	1	0,1	1073	65,1	1648	100,0
Tıbbi tetkik	40	2,4	10	0,6	2	0,1	0	0	1596	96,8	1648	100,0
Enjeksiyon/Erişkin aşı	45	2,7	6	0,4	4	0,2	0	0	1593	96,7	1648	100,0
0-5 yaş bebek-çocuk izlemi/ aşısı	57	73,1	7	9,0	2	2,6	0	0	12	15,4	78**	100,0
Gebelik izlemi	6	54,5	3	27,3	2	18,2	0	0	0	0	11***	100,0
Aile planlaması hizmetleri	29	12,1	0	0	0	0	0	0	211	87,1	240****	100,0
Diğer*	28	1,7	3	0,2	0	0	0	0	1617	98,1	1648	100,0

\*3 kişi sevk, 25 kişi istirahat raporu, 1 kişi ehliyet için sağlık raporu, 2 kişi de danışmanlık almak için başvurmuştur.

\*\* (0-5) yaş çocuk sayısı

\*\*\*Son bir yılda gebe olan kadınlar

\*\*\* (15-49) yaş evli kadın sayısı

Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi'ne göre kan basıncı, kan şekeri, kan kolesterolü ve ağırlık/boy/bel çevresi ölçümü yapılma durumu Tablo 91'de verilmektedir.

Kadınların kan basıncı ve boy/kilo/bel çevresi ölçümleri erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla yapılmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo-91:** Katılımcıların cinsiyete göre kan basıncı, kan şekeri, kan kolesterolü ve ağırlık/boy/bel çevresi ölçüm durumlarının dağılımı

Özellikler	Kadın		Erkek		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kan basıncı (n=1280, 18 yaş üstü bireylerin)</b>							17,87	<b>0,000</b>
Ölçülen	113	17,4	59	9,4	172	13,4		
Ölçülmeyen	536	82,6	572	90,6	1108	86,6		
<b>Kan şekeri (n=750, 45 yaş üstü bireylerin)</b>							2,88	0,090
Ölçülen	61	16,0	43	11,7	104	13,9		
Ölçülmeyen	321	84,0	325	88,3	646	86,1		
<b>Kan kolesterolü (n=963, 35 yaş üstü bireylerin)</b>							2,52	0,112
Ölçülen	65	13,2	47	10,0	112	11,6		
Ölçülmeyen	426	86,8	425	90,0	851	88,4		
<b>Ağırlık/Boy/Bel çevresi (n=1047, 18-65 yaş bireyler)</b>							15,25	<b>0,000</b>
Ölçülen	46	8,8	16	3,1	62	5,9		
Ölçülmeyen	479	91,2	506	96,9	985	94,1		

65 yaş ve üstünde kan basıncı ve kan kolesterolü ölçümü 65 yaş altı nüfusa göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Kan şekeri ve kan kolesterolü ölçümü açısından yaş grupları arasında fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 92).

**Tablo-92:** Katılımcıların yaş gruplarına göre kan basıncı, kan şekeri ve kan kolesterolü ölçüm durumlarının dağılımı

Özellikler	65 yaş öncesi		65 yaş ve üstü		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kan basıncını (n=1280, 18 yaş üstü bireylerin)</b>								
Ölçülen	119	11,9	53	19,2	172	13,4	10,055	0,002
Ölçülmeyen	885	88,1	223	80,8	1108	86,6		
<b>Kan şekeri (n=750, 45 yaş üstü bireylerin)</b>								
Ölçülen	65	13,7	39	14,1	104	13,9	0,025	0,873
Ölçülmeyen	409	86,3	237	85,9	646	86,1		
<b>Kan kolesterolü (n=963, 35 yaş üstü bireylerin)</b>								
Ölçülen	73	10,6	39	14,1	112	11,6	2,353	0,125
Ölçülmeyen	614	89,4	237	85,9	851	88,4		

#### **Aile planlaması hizmetleri**

Son 1 yıl içinde aile planlaması hakkında 15-49 yaş evli kadınların (240 kişi) %15,0'i (36 kişi) herhangi bir sağlık personeli tarafından danışmanlık hizmeti almış, %11,7'si (28 kişi) aile planlaması yöntemleri hakkında aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı tarafından bilgilendirilmiştir (Tablo 93).

**Tablo-93:** Mahallelere göre aile planlaması hakkında danışmanlık hizmeti alma durumu

Mahalleler	Aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti				Aile planlaması yöntemleri hakkında Aile Hekimi ya da Aile Sağlığı Elemanı tarafından bilgi			
	Alanlar		Almayanlar		Alanlar		Almayanlar	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Ahmetbey	1	5,6	17	94,4	0	0,0	18	100,0
Badırğa	0	0,0	20	100,0	0	0,0	20	100,0
Belenören	1	8,3	11	91,7	0	0,0	12	100,0
Cihatlı	1	5,6	17	94,4	0	0,0	18	100,0
Çağrısan	5	26,3	14	73,7	7	36,8	12	63,2
Çandarlı	2	15,4	11	84,6	1	7,7	12	92,3
Çaylıca	0	0,0	5	100,0	1	20,0	4	80,0
Güneykeşane	2	50,0	2	50,0	1	25,0	3	75,0
Çivili	3	42,9	4	57,1	0	0	7	100,0
Dudaklı	1	6,7	14	93,3	2	13,3	13	86,7
Gedelek	1	6,7	14	93,3	2	13,3	13	86,7
Hamamlıkızık	0	0,0	13	100,0	0	0,0	13	100,0
Karaağız	9	50,0	9	50,0	9	50,0	9	50,0
Karahıdır	4	20,0	16	80,0	3	15,0	17	85,0
Nalbant	2	25,0	6	75,0	1	12,5	7	87,5
Ovaesemen	2	14,3	12	85,7	0	0,0	14	100,0
Selimiye	1	10,0	9	90,0	1	10,0	9	90,0
Yumurcaklı	1	9,1	10	90,9	0	0	11	100,0
<b>Toplam</b>	<b>36</b>	<b>15,0</b>	<b>204</b>	<b>85,0</b>	<b>28</b>	<b>11,7</b>	<b>212</b>	<b>88,3</b>

\*Satır yüzdesi

Araştırmaya katılan kadınlardan 15-49 yaş aralığında ve evli olan kişi sayısı 240'dır. Bunların %72,0'si herhangi bir yöntem kullanmakta olup, %28,0'i ise kullanmamaktadır. Herhangi bir yöntem kullandığını belirten katılımcıların %39'3'ü etkin olmayan geri çekme geleneksel yöntemini kullandıklarını belirtmiştir (Tablo 94).

**Tablo-94:** 15-49 yaş evli kadınların aile planlama yöntemi kullanma durumları

Gebeliği önleyici yöntem	Sayı	%
<b>Herhangi bir yöntem kullanan</b>	<b>173</b>	<b>72,0</b>
<b>Herhangi bir modern yöntem (Etkin)</b>	104	60,1
Oral kontraseptif	8	3,3
RİA	31	12,9
Kondom	41	17,1
İğne (Enjektabl)	0	0,0
Tüp ligasyonu	24	10,0
<b>Herhangi bir geleneksel yöntem (Etkin değil)</b>	69	39,9
Takvim	1	0,4
Geri Çekme	68	28,3
<b>Herhangi bir yöntem kullanmayan</b>	<b>67</b>	<b>28,0</b>
<b>Toplam</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>

**Tablo-95:** Mahallelere göre 15-49 yaş evli kadınların aile planlama yöntemi kullanma durumları

Mahalleler	Herhangi bir modern yöntem kullananlar		Herhangi bir geleneksel yöntem kullananlar		Herhangi bir yöntem kullanmayanlar		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Ahmetbey	12	66,7	2	11,1	4	22,2	18	7,5
Badırğa	9	45,0	8	40,0	3	15,0	20	8,3
Belenören	4	33,3	3	25,0	5	41,7	12	5,0
Cihatlı	7	38,9	3	16,7	8	44,4	18	7,5
Çağrışan	6	31,6	9	47,4	4	21,0	19	7,9
Çandarlı	7	53,8	4	30,8	2	15,4	13	5,4
Çaylıca	4	80,0	0	0,0	1	20,0	5	2,1
Güneykeşane	0	0,0	1	25,0	3	75,0	4	1,7
Çivili	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	2,9
Dudaklı	6	40,0	2	13,3	7	46,7	15	6,3
Gedelek	6	40,0	4	26,7	5	33,3	15	6,3
Hamamlıkızık	7	53,8	1	7,7	5	38,5	13	5,4
Karaağız	8	44,4	7	38,9	3	16,7	18	7,5
Karahıdır	10	50,0	6	30,0	4	20,0	20	8,3
Nalbant	6	75,0	1	12,5	1	12,5	8	3,3
Ovaesemen	3	21,4	7	50,0	4	28,6	14	5,8
Selimiye	4	40,0	1	10,0	5	50,0	10	4,2
Yumurcaklı	4	36,4	5	45,4	2	18,2	11	4,6
<b>Toplam</b>	104	43,3	69	28,7	67	28,0	240	100

\*Satır yüzdesi

\*\* Sütun yüzdesi

### **Gebelik öncesi, gebelik ve lohusalık bakımı**

Son 6 yıl içinde 65 kadın, 80 gebelik, 78 doğum gerçekleştirmiştir. 2 doğum daha gerçekleşmemiştir. Altı gebe sekiz hafta sonrasında gebe kaldığını öğrenmiştir. Gebeliğini 11 kişi aile hekimliğinde öğrenmiştir. 11 gebelikten aile hekiminin haberi olmamıştır (Tablo 96).

**Tablo-96:** Gebelik izlemine ait bazı özellikler-1

Özellik	Sayı	%
<b>Gebeliğini öğrendiği hafta</b>		
4 hafta ve öncesi	24	30,0
5-6 hafta	36	45,0
7-8 hafta	14	17,5
9 -12 hafta	4	5,0
13 hafta ve üzerinde	2	2,5
<b>Gebeliği öğrendiği yer</b>		
Aile hekimliğinde	11	13,8
Hastanede	27	33,7
Evde	42	52,5
<b>Aile Hekiminin gebelikten haberdar olma şekli</b>		
Testi orada yaptıran-öğrenince kendi kayıt olan	11	15,9
Gebeliği öğrenince aile hekimine giderek kayıt olan	52	75,4
Aile hekimine başka nedenle gittiğinde aile hekimi öğrenen	6	8,7

Gebelik öncesi bakım alan 9 kişi bulunmaktadır. Gebelerden 1'i doğum öncesi bakım almamıştır. Doğum öncesi bakım alan gebelerin hepsi 4'den fazla izlenmiştir. 28 gebelik aile hekimliğinde izlenmemiştir. Gebeliklerin %61,2'sinde sağlık sorunu (Kanama, Eklampsi, Gestasyonel diabet vs.) yaşanmıştır. Doğumlar daha çok özel hastanelerde gerçekleşmiştir (Tablo 96).

65 gebenin herhangi bir sağlık problemi olduğunda %46,2'sinin (30 kişi) ilk tercihi aile hekimidir. Gebelerin %33,8'i en son sağlık kuruluşu başvurusunu ilk sırada devlet hastanesine, bir önceki başvurusunu %36,9'u ilk sırada aile hekimine yapmıştır.

Gebelerin hepsi aile hekimine kayıtlıdır. Gebelerden 2'si aile hekiminin, 15 kişi de aile sağlığı elemanının adını bilmiyor. 7 gebe aile hekimi mahallesine geldiği halde gelmediğini, 3 kişi de bilmediğini bildirmiştir.

**Tablo-97:** Gebelik izlemine ait bazı özellikler-2

Özellik	Sayı	%
<b>Gebelik öncesi bakım</b>		
Alan	9	11,3
Almayan	71	88,7
<b>Doğum öncesi bakım (DÖB)</b>		
Alan	79	98,8
Almayan	1	1,2
<b>DÖB yapılma yeri*</b>		
Aile hekimliği	7	8,9
Doğum evi/ Devlet hastanesi	6	7,6
Özel hastane/ Özel Muayenehane	22	27,8
Doğum evi/Devlet hastanesi ve aile hekimliğinde	12	15,2
Özel hastane ve Aile hekimliğinde	32	40,5
<b>DÖB izlem</b>		
4'den az	0	0
4 ve 4'den fazla	79	100,0
<b>Gebelikte sorun</b>		
Yaşayanlar	49	61,2
Yaşamayanlar	31	38,8
<b>Doğumun yapıldığı yer**</b>		
Devlet hastanesi	31	39,7
Özel hastane	47	60,3
<b>Doğum sonrası bakım</b>		
Alanlar	42	53,8
Almayanlar	36	46,2
<b>Doğum sonrası bakım sayısı</b>		
1	19	45,2
2	10	23,8
3	12	28,6
4	1	2,4
<b>Lohusalık-doğum kontrolü-emzirme hakkında bilgilendirilme durumu</b>		
Hepsi hakkında bilgilendirilen	30	38,4
Sadece biri hakkında bilgilendirilen	12	15,4
Bilgilendirilmeyen	36	46,2
<b>Lohusalıkta AH/ASE eve ziyareti</b>		
Evet	1	1,3
Hayır	77	98,7

\*Birden fazla yerde takip olunmuştur.

\*\*2 doğum daha gerçekleşmemiştir.



### Son altı yılda doğan bebek ve çocukların izlem ve aşıları

Son altı yılda 78 doğum gerçekleşmiştir, bunların %85,9'u (67 kişi) izlem için davet edildiğini belirtmiştir, aile hekimliğinde %96,1'i izlemlerini yaptırmaktadır (Tablo 98).

**Tablo-98:** Son altı yılda doğan bebek/çocukların izlem özellikleri

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekimi/aile sağlığı elemanının izlemler için davet etme durumu (n=78)</b>		
İzlemler için davet edilen	67	85,9
İzlemler için davet edilmeyen	11	14,1
<b>İzlemlerin yapıldığı yer (n=78)</b>		
Aile hekimi/sağlık evi	70	89,7
Devlet hastanesi	1	1,3
Özel Poliklinik	2	2,6
Hem aile hekimliğinde hem de özel poliklinikte	5	6,4

Son altı yılda doğan bebek/çocukların %98,7'sine aşı zamanları haber verilmekte olup, aşıları aile hekimliğinde yapılmaktadır. %3,8'i aşılarının düzenli yapılmadığını belirtmesine rağmen aşı kartlarının hepsinin uygun olduğu saptanmıştır (Tablo 99).

**Tablo-99:** Son altı yılda doğan bebek/çocukların aşı özellikleri

Özellik	Sayı	%
<b>Aile hekimi/aile sağlığı elemanının aşılarını haber verme durumu (n=78)</b>		
Haber verilen	77	98,7
Haber verilmeyen	1	1,3
<b>Aşıların düzenli yapılma durumu (n=78)</b>		
Aşıları düzenli yapılan	75	96,2
Aşıları düzenli yapılmayan	3	3,8
<b>Aşılarının yapıldığı yer (n=78)</b>		
Aile sağlığı merkezi	77	98,7
Özel polk/hast	1	1,3
<b>Aile hekimliğinde aşı yapılma yeri (n=77)</b>		
ASM	62	80,5
Mobil hizmette	14	18,2
Hem ASM hem de mobil hizmette	1	1,3

### Kanser taraması

Kolon kanseri açısından taranan hedef nüfusun (50 yaş dahil-69 yaş dahil) %15,7'si GGK yaptırmıştır.

Meme kanseri açısından ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı (21 yaş dahil-69 yaş dahil) %29,3 ve herhangi bir sağlık personeli tarafından son bir yılda meme muayenesi olanların sıklığı %19,7'dir. Meme kanseri açısından taranan hedef nüfusun (40 yaş dahil-69 yaş dahil) %26,3'ü mamografi yaptırmıştır.

Servix kanseri açısından taranan hedef nüfusun (30 yaş dahil- 65 yaş dahil) % 25,0'i pap-smear yaptırmıştır (Tablo 100).

**Tablo-100:** Katılımcıların kanser tarama durumu

Özellik	Sayı	%
<b>GGK taraması (n=466)</b>		
Yaptıranlar	73	15,7
Yaptırmayanlar	393	84,3
<b>Kendi kendine meme muayenesi (n=533)</b>		
Yapan	156	29,3
Yapmayan	377	70,7
<b>Klinik meme muayenesi (n=533)</b>		
Yaptıranlar	105	19,7
Yaptırmayanlar	428	80,3
<b>Mamografi (n=361)</b>		
Çektirenler	95	26,3
Çektirmeyenler	266	73,7
<b>Pap-smear (n=428)</b>		
Yaptıranlar	107	25,0
Yaptırmayanlar	321	75,0

Kanser taraması yaptıran katılımcıların hangi sağlık kuruluşlarında yaptırdıkları Tablo 101'de verilmiştir.

**Tablo-101:** Katılımcıların kanser taraması yaptırdıkları sağlık kuruluşları

	Aile hekimliği		KETEM		Devlet Hastanesi		3. Basamak Sağlık Kuruluşları		Özel Hastane		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
GGK	26	35,6	25	34,2	15	20,5	4	5,5	3	4,1	73	100,0
Meme muayenesi	6	5,7	73	69,5	15	14,3	8	7,6	3	2,9	105	100,0
MMG	0	0,0	69	72,6	17	17,9	6	6,3	3	3,2	95	100,0
Pap-smear	0	0,0	69	64,5	23	21,5	6	5,6	9	8,4	107	100,0

Mahalleler arasında GGK ve Smear yaptırmak açısından fark bulunurken (sırasıyla;  $\chi^2=98,992$ ;  $p=0,000$ ,  $\chi^2=69,222$ ;  $p=0,046$ ) Meme muayenesi yaptırmaya ve Mamografi çekirtmeye açısından fark yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo-102:** Mahallelere göre katılımcıların kanser tarama durumu

Mahalleler	GGK		Meme muayenesi		MMG		Pap-Smear	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Ahmetbey	6	27,3	7	22,6	8	50,0	11	47,8
Badırğa	4	16,7	2	5,7	2	9,1	2	6,9
Belenören	8	25,8	9	33,3	9	40,9	10	40,0
Cihatlı	2	9,1	9	30,0	7	41,2	8	36,4
Çağrısan	0	0,0	3	8,8	2	12,5	7	29,2
Çandarlı	10	52,6	5	17,9	3	15,0	3	12,5
Çaylıca	0	0,0	4	28,6	3	30,0	3	25,0
Güneykestane	2	13,3	3	21,4	2	20,0	3	23,1
Çivili	3	5,9	3	8,6	5	16,1	4	15,4
Dudaklı	2	10,0	11	34,4	10	50,0	10	41,7
Gedelek	5	21,7	4	13,8	3	17,6	4	14,8
Hamamlıkızık	3	9,1	4	12,1	3	14,3	4	15,4
Karaağz	13	72,2	12	41,4	11	68,8	14	56,0
Karahıdır	0	0,0	5	17,9	3	20,0	3	14,3
Nalbant	7	20,6	8	27,6	8	32,0	8	32,0
Ovaesemen	1	3,3	3	8,6	3	10,7	3	12,5
Selimiye	6	14,3	11	31,4	11	39,3	9	31,0
Yumurcaklı	1	2,9	2	5,7	2	7,4	1	3,4
Toplam	73	15,7	105	19,7	95	26,3	107	25,0

\*Mahallelerdeki hedef nüfuslara göre hesaplanmıştır.

### Veremle savaş

Son 6 yıl içinde hanelerde tüberküloz hastası ve tedavisi olan kişi bulunmamaktadır.

### Erişkin bağışıklama

18 yaşından büyük bireylerde; son 10 yıl içinde tetanoz aşısı olan 74 kişi bulunmaktadır. Son bir yıl içinde İnfluenza aşısı olan 92 kişi bulunmaktadır. Son bir yıl içinde 3 kişi Pnömonokok aşısı olmuştur, bunlardan 1 kişi 65 yaş altı risk grubudur, diğer iki kişi 65 yaş üstü ve risk grubudur. Bir kişi hepatit B aşısı olmuştur, o da sağlık çalışanıdır. Menejit aşısı olan 11 kişi bulunmaktadır, onlar da aşılarını Hac/Umre öncesi yaptırdıklarını belirtmiştir. Erişkin bağışıklama kapsamında olmasa da 5 kişi de kuduz aşısı olmuştur (Tablo 103).

**Tablo-103:** Erişkin bağışıklama durumu (*Olmaması gereken*)

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	65+
Td	<b>74 kişi</b> (Her 10 yılda bir rapel doz)				
İnfluenza	<b>92 kişi</b> (Her yıl 1 doz)				
Konjuge pnömokok	<b>1 kişi</b> (1 doz)				<b>2 kişi</b> (1 doz)
Polisakkarit pnömokok	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz
Hepatit B	<b>1 kişi</b> (3 doz (0,1,6.ay))				
Hepatit A	(2 doz (0,6.ay))				
Zoster				1 doz	
Suçiçeği	2 doz (1 ay arayla)				
KKK	1 veya 2 doz				
Meningokok	<b>11 kişi</b> (1 doz)				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0,1-2,6.ay)				

## TARTIŞMA

### **Araştırma bölgesinin sosyodemografik özellikleri**

Bu çalışma; Bursa ili kırsal mahallelerinde sağlık hizmeti kullanımı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık hizmeti sunumu içindeki yerini değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Bursa ili kırsal mahallelerinde 484 hanede yaşayan 1648 kişinin bilgisine ulaşılmıştır.

Çalışmamızda ortalama hane halkı büyüklüğü (3,4) Türkiye ortalama hane halkı büyüklüğü (3,5) ile benzerdir (76).

Hastaların tedavi almak için seyahat etmeleri gereken mesafe, sağlık kuruluşlarının kullanımının temel belirleyicisi olarak uzun süredir bilinmektedir (83). Çalışmamızda; kırsal mahallelerin en yakın kamu sağlık kuruluşuna ortalama uzaklıkları ASM için 14,60 km ve devlet hastanesi için 16,57 kilometredir. Kırsal mahallelerde yaşayanlar ASM'ye ortalama olarak 18,50 dakikada, devlet hastanesine ise 21,18 dakikada ulaşabilmektedirler. Beş mahalle (Çağrısan, Çaylıca, Çivili, Ovaesemen ve Yumurcaklı) en yakın devlet hastanesine bağlı olduğu aile sağlığı merkezinden daha yakındır.

Kırsal alanlarda hastalar kentsel alanlarda yaşayanlara göre daha az tıbbi bakım kullanmaktadır (84,85). ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Dairesi (1993) Birinci Basamak/Dental Tıbbi Bakım Rehberi, birincil tıbbi bakım için 30 dakikadan fazla seyahat süresi, diş ve zihinsel sağlık için 40 dakikadan fazla süreyi aşırı uzak olarak tanımlamaktadır. Genellikle, sağlık hizmetlerinden uzaklaştıkça, bu hizmetlerin kullanımı o derece azalır (86). Bu nedenle, sağlık hizmetlerine coğrafi erişim, kırsal alanlarda yaşayan insanlar için daha zor olabilir. Sağlık sonuçlarını etkileyen, sağlık hizmetlerinin rolünü zorlaştıran birçok sosyal, ekonomik ve çevresel faktör vardır. Sağlık erişimi, savunmasız gruplar (örneğin, düşük gelirli, işsiz) için daha kötü olma eğilimindedir (86). Araştırmamızda da gördüğümüz üzere; sosyal güvencesi olmayan %8,2'lik kesimin ve asgari ücretin 1404 lira olduğu ülkemizde, aylık toplam hane geliri asgari ücretin altında olan ailelerin (%46,8) erişimde ekonomik engellere takılması olasıdır.

Erişim, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen kritik bir faktördür. Kantitatif önlemler, sonraki incelemelerde erişimi değerlendirmek ve hizmet kapsamındaki eksiklikleri ve dezavantajlı nüfusu belirlemek için yardımcı olabilir. Nijerya'nın Kano Eyaletinin Hadejia bölgesindeki (1983) sağlık bakım tesislerinin kullanımı üzerindeki uzaklığın etkisinin incelendiği çalışmada; kişi başına kullanımın uzaklıkla katlanarak azaldığı tespit edilmiştir (83).

Sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler sağlık sonuçlarını etkiler ve coğrafi sağlık erişiminin rolünü zorlaştırır. Tıbbi problem tipi, araba sahibi olma, toplu taşıma erişimi ve diğer sorunlara göre coğrafi erişim sorunları daha da kötüleşebilir. Bu sorunların özellikleri yerden yere farklılık gösterebilirken farklı sağlık sorunları ve gelirleri olan insanlar arasında sağlık hizmetlerine erişim gerçekliğinde büyük bir farklılık olması muhtemeldir (86). Araştırmamıza katılan hanelerin %54,5'i sağlık hizmetlerine ulaşımında kullanabileceği bir araca sahip değildir. Sağlık kuruluşlarının kişilerin yaşadıkları yerlerden uzaklarda bulunması, ulaşım ile ilgili sorunlarla birleşince sağlık hizmetlerine erişim daha da zor olabilir.

Katılımcıların 816'sı (%49,5) kadın, 832'si (%50,5) erkektir. Bursa ilinde yaşayan 2 milyon 901 bin 396 kişinin %49,9'u kadın, %50,1'i erkektir. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 2016 yılında (76) Türkiye nüfusunun %49,8'i kadın, %50,2'si erkektir. Bursa ili cinsiyet dağılımının Türkiye geneli ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Bursa ilinde yaşayan nüfusun cinsiyet dağılımı ile örneklem grubunun cinsiyet dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 2016 yılında (76); Türkiye nüfusunun %23,7'si 0-14 yaş grubunda, %68,0'i 15-64 yaş grubunda, %8,3'ü 65 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunmaktadır. Bursa il nüfusunun %21,8'i 0-14 yaş grubunda, %69,7'si 15-64 yaş grubunda, %8,5'i 65 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunmaktadır. Araştırmamızda ise %14,9'u 0-14 yaş grubunda, %68,4'ü 15-64 yaş grubunda, %16,7'si 65 yaş ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Türkiye'de ortanca yaş 31,4 iken araştırmamızda 43'tür. Bu veriler Bursa ili kırsal mahallelerinde daha yaşlı bir nüfusun yaşadığını göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre medeni durum istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 16). Bu farklılık dul kadınların oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Erkeklerin %3,6'sı, kadınların %12,8'i duldur. Araştırma grubunda dul kadınların fazla olmasının temelinde toplumda eşi ölen kadınların erkeklere nazaran daha az oranda yeni bir evlilik yapmaları, kadınlarda ortalama yaşam süresinin erkeklere göre daha uzun olması olabilir. Bulgular Şenol'un ve Seçkin'in çalışmalarıyla benzerdir (87,88).

Türkiye'de erkeklerin % 49,0'ı, kadınların %36,0'ı en az ortaokulu tamamlamıştır. En az lise mezunu olan nüfusun oranı erkeklerde %29,0, kadınlarda % 21,0'dir. Daha genç kuşaklar için hesaplanan göstergeler, gerek erkeklerde gerekse kadınlarda eğitime devam etmenin zaman içinde sürekli arttığını göstermektedir (89). Çalışmamızda kırsal alanda yaşayanların öğrenim düzeyinin Türkiye oranlarının çok gerisinde olduğunu görmekteyiz. Bu durum ülkemizin batısında yer alan, sosyoekonomik açıdan gelişmiş ve nüfus açısından Türkiye'nin dördüncü büyük kenti olan Bursa için düşündürücüdür. Farkın temel nedeni yaşlı nüfusun oranının yüksekliği ile açıklanabilirse de bu konunun ayrıntılı olarak incelenmesinde yarar bulunmaktadır. Okuryazar olmayan kadınların oranının erkeklerden yüksek olması ve hizmetin daha az ulaşabildiği kırsal kesimde bu oranın yüksek olması ülkemiz için önemli bir sorundur. Ailede sadece kadının öğrenim düzeyi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerini anlamlı olarak daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir (90). Ancak bizim araştırmamızda öğrenim düzeyi arttıkça birinci basamak kullanımı anlamlı olarak azalmaktadır ( $p<0,05$ ).

15-64 yaş bireylerin %34,9'u çalıştığını ifade etmiştir. Örneklem grubumuz geçimini daha çok tarım ve hayvancılıkla sağlayan ailelerdir, bu ailelerde erkekler kendini çalışıyor olarak nitelerken; kadınlar tarlada, bahçede çalışmasını ve eşine yardım etmesini yok sayıp kendini ev hanımı olarak tanımlamaktadır.

### **Katılımcıların algılanan sağlık, özürlülük ve kronik hastalık durumu**

Araştırmamızda algılanan sağlık durumlarını katılımcıların %78,8'i iyi, %21,2'si iyiden kötü olarak nitelendirmiştir. Avrupa Birliği (AB)-28'de 2014'te, 16 yaş ve üzerindeki nüfusun %67'si sağlıklarını çok iyi veya iyi olarak

algımlarken, %23'ü orta, %10'u kötü veya çok kötü olarak algılamıştır. AB Üye Devletleri'nde, sağlığını çok iyi veya iyi olarak algılayan kişilerin payı, Macaristan'da (% 58), Estonya (%52), Portekiz (%46), Letonya (%46) ve Litvanya (%45) bu aralığın altında ve İsviçre (%79), İsveç (%80) ve İrlanda (%82) üstünde yüksek bir pay bildirdi (91). Ülkemizde ise Türkiye Sağlık Araştırması'na göre (2014); 15 yaş ve üstü nüfusun %61,2'si sağlıklarını çok iyi veya iyi olarak algımlarken, %11,5'i kötü veya çok kötü olarak algılamıştır (92). TÜİK istatistiklerine göre 65 yaş üzeri kişilerde sağlığını çok iyi/iyi olarak algılayanların oranı %26,2'dir, bu oran kırsal mahallede yaşayan yaşlılarda %24,9, kentsel mahallede yaşayanlarda %28,3'tür (93). Çalışmamızda ise 65 yaş ve üstü bireyler sağlıklarını gençlere göre daha kötü algımlarken TÜİK verilerindeki değerlerden çok daha yüksek değerde sağlıklarını yaşlılarına göre daha iyi hissetmektedirler. Çalışmamızda kadınlar, dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanlar, kronik hastalığı olanlar ve çalışmayanlar anlamlı olarak sağlıklarını daha kötü algılamaktadırlar. Bunun asıl nedeni ise katılımcıların ileri yaşta bulunmasından kaynaklanmış olabilir.

Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık %15'ine karşılık gelen bir milyardan fazla insanın bir çeşit özürüllüğü bulunmaktadır (94). Doğumda beklenen yaşam sürelerinin artmasıyla nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların artışı nedeniyle, özürüllüğün prevalansları da artmaktadır. Bunun yanında özürülü bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin daha az olması (Özürülü olmayan bireylerde sağlık hizmeti alamama oranı %32-33 iken, özürülü bireylerde bu oran % 51-53' tür) sağlık sonuçlarının daha kötü olmasına neden olmaktadır (95). Özürülü bireylerin kırsal alanda yaşaması sağlık hizmetine erişimde zorlanmalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda engellilerin %25,0'i (4 kişi) en son hastalandığında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştır. En son hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvuru durumu açısından engelliliği olanlarla olmayanlar arasında fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Engeli bulunan bireylerin %12,5'inin (2 kişi) karşılanmamış tıbbi gereksinimi bulunmaktadır.

Eskiden daha sık görülen akut, bulaşıcı hastalıkların yerini giderek kanser, dolaşım sistemi hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar almaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla nüfus yaşlanmış, kronik



hastalıklar artmıştır. Bu nedenle “müdahalecilik”ten (interventionism), “gözetmenlik”e (surveillance); “tedâvi”den (curing), “bakım”a (care) dönüşüm yaygınlaşmıştır (96). Günümüzdeki hastalık nedenleri de geçmiştekenden farklı, çoğu önlenabilir nedenlerdir, bu nedenle periyodik muayenelerle hastalıkların erken dönemde tespiti ve takibi önem kazanır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) bulaşıcı olmayan hastalıkların Küresel Durum Raporu 2014’a göre, dünyadaki ölümlerin (2012) yaklaşık %68,0’inin nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır (BOH). BOH’ların başında 2012 yılında kalp-damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gelmektedir. Türkiye’de 2012’de prematüre ölümlerin (30-70 yaşlarda) %18,4’ü BOH’dan kaynaklanmaktadır (97). Bulaşıcı olmayan hastalıkların toplam hastalık yükündeki ağırlığı ve etkisi artmaktadır. Yaşlılarda kronik hastalıklar daha sık görülmektedir. DSÖ’nün Küresel Sağlık ve Yaşlanma raporunda 50-74 yaş arası kişilerin %30-45’inin hipertansiyon, %10-15’inin diabetes mellitus ve %10-20’sinin kardiyovasküler hastalıklara sahip olduğu gösterilmiştir (98). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda 65 yaş üzeri kişilerin yaklaşık %70’inde hipertansiyon, %30’unda diabetes mellitus, %15’inde kronik kalp hastalığı olduğu tespit edilmiştir (99). Bu nedendir ki; kronik hastalıkların erken tanı, tedavi ve takibi önem kazanmaktadır. Hatta hastalık gelişmeden halkın bu hastalıklar konusunda bilinçlendirilip, erken önlem alınması gerekmektedir. Araştırmamızda tüm bireylerin %31,6’sının en az bir tane doktor tanıli kronik hastalığı bulunmaktadır. Araştırma grubunun nerdeyse üçte biri herhangi bir hastalıktan muzdariptir. Bu hastalıklar kişilerde azalmış yaşam kalitesine neden olabilmektedir. Bunun için Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında kırsal alanda yaşayanlarda yaşam kalitesinin araştırılmasında yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmamızda kadınlarda, 65 yaş ve üstünde, dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanlarda, çalışmayanlarda ve sosyal güvencesi olanlarda kronik hastalık anlamlı olarak daha fazladır. Sosyal güvencesi olmayanların sağlık güvencesi olmadığından sağlık kuruluşuna başvurudan kaçındıkları için tanı konulmamış hastalıkları olması olasıdır. Sosyal güvencesi olmayan kişilerin karşılanmamış tıbbi gereksinimlerinin daha yüksek olabileceği de

düşünülmelidir. Bu savımızı sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre karşılanmamış tıbbi gereksinimin anlamlı olarak yüksek bulunmuş olması da desteklemektedir.

Kronik hastalıkların düzenli takip durumunda medeni duruma göre fark saptanmışken, cinsiyet, yaş grubu, çalışma durumu ve sosyal güvence sahipliği açısından fark bulunmamaktadır. Mahalleler arasında kronik hastalıkların düzenli takip edilmesinde anlamlı fark bulunmaktadır. Badırğa gibi ortalama yaşın düşük olduğu (38,78) bir mahallede kronik hastalıkların takibi anlamlı olarak yüksekken sağlık hizmetine en çok ihtiyaç duyan Çivili gibi ortalama yaşın yüksek olduğu (54,95) mahallede kronik hastalıkların takibinin anlamlı olarak düşük olması mahallelerde tersine hizmet yarasını gösteriyor olabilir. Bu konuda daha kapsamlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Kronik hastalıkları olan kişilerin sağlık hizmeti sunan kuruluşlara uzak yerlerde yaşıyor olmaları, kronik hastalığın takibi için doktora başvurularında ek mali yüke neden olabilir. Ek mali yük kaygısı kişileri kronik hastalıklarını takip ettirmekten alıkoymaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların kronik hastalıklarının %78,7'sinin düzenli takibi yapılmaktadır. Ancak kronik hastalıkların Aile hekimleri tarafından takip edilme oranları (%10,2) çok düşük bulunmuştur. Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının %77,9'u hastalıklarını düzenli takip ettirmektedir, hastaların %13,6'sı aile hekimliğinde takibini yaptırmaktadır. En azından aile hekimliğinde yıllık yapılacak periyodik muayenelerle, sağlık eğitimleriyle, yaşam ve beslenme tarzında yapılan düzenlemelerle hipertansiyonun önüne geçilebilir. Bu nedenle birinci basamakta hipertansiyon yönetimindeki boşlukların saptanması ve aile hekimliği uygulamasının bu sorunların çözümüne katkılarının belirlenmesi için yeni çalışmalara gereksinim vardır. Çalışmamızda kronik hastalık takibindeki birinci basamak hekimlerinin yerinin yetersiz olduğu gözlenmiştir. Yapılacak eğitim ve düzenlemelerle birinci basamak hekimlerinin kronik hastalığa yaklaşımlarının etkinlik ve düzeyi artırılmalıdır.

Diyabet hastalarının %81,5'i takip için herhangi bir doktora başvururken, aile hekimine ise sadece %16,4'ü başvurmaktadır. Tip 2 diyabet, milyonlarca insanı küresel olarak etkilemektedir; bununla birlikte, gelecekteki birçok olgu,

yaşam tarzı değişiklikleri ve müdahaleler yoluyla önlenabilir. Birinci Basamak, risk altındaki nüfusta diyabetin önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Diyabetin toplumun her kesiminde önlenmesi için azami gayret gösterilmelidir. Bu konuda en büyük görev birinci basamak hizmetlerindeki eşsiz rolleri nedeni ile aile hekimlerine düşmektedir. Bu yüzden birinci basamak sağlık çalışanları, hastaları diyabet risk faktörleri açısından değerlendirmeli, izlemeli ve diyabet gelişimini önleyici tedbirleri almalıdır. Diyabeti olan hastalarda ise hastalığı kontrol altına almak ve komplikasyonları önlemek için uygun tedavi vermeli ve hastaları takip etmelidir (100).

Manisa'da 2013 yılında sağlık ocağı ve Aile hekimliği dönemlerinde çalışmış sağlık yöneticilerinin görüşlerinin alındığı çalışmada; bizim çalışmamızda da saptadığımız üzere, Aile Hekimliği döneminde özellikle kadın izlemleri, aile planlaması çalışmaları ve kronik hastalıkların izlemi gibi konularda eksikliklerin olduğu vurgulanmıştır (101).

#### **Katılımcıların sağlık hizmeti kullanımı**

Kırsal alanlarda yaşayanların hastalandıklarında sağlık kuruluşuna başvurularının düşük olması, Amerika'da Hasta Koruma ve Uygun Bakım Yasası'nın (2010) kabul edilmesinden önce ve sonra yayınlanan araştırmaların incelendiği çalışmada da (102) görüldüğü üzere kırsal alanlarda sağlık hizmeti kullanımından vazgeçildiğini göstermektedir.

Karşılanamayan sağlık hizmetleri gereksinimi hastalıkların kronikleşmesine ve acil servis başvurularının artmasına neden olarak yoksulların sağlık harcamalarını arttırarak, yoksulluğu daha da arttırmaktadır (103–105). Sosyal güvencesi olmayanlarda (%31,9), olanlara (%10,8) göre karşılanmamış tıbbi gereksinim anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Sosyal güvence varlığının sağlık hizmeti kullanımını olumlu yönde etkilediği bulgusu diğer çalışmalarda da elde edilen benzer bir bulgudur (106–108). Meksika'da yapılan bir çalışmada karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimi kırsal alanda yaşayanlarda beş yaş ve üzeri grupta, erkeklerde, sosyal güvencesi olmayanlarda, yaşam koşulları kötü olanlarda daha yüksek bulunmuştur (109). Ekonomik nedenlerle karşılanamayan sağlık hizmeti gereksinimini ulusal kapsayıcılığı olmayan sağlık güvence sistemleri arttırmaktadır (103,110).

OECD raporuna göre 2013 yılında Türkiye’de nüfusun %14,9’unun tıbbi gereksinimleri karşılanmamaktadır (111). Bu oran Batı Anadolu’da %11,1 Doğu Anadolu’da ise %20,7’dir. Avrupa Birliğinde (AB 28) hizmetin/tedavinin pahalı olması, tedavi için uzun süre beklenmesi ve sağlık kuruluşunun uzak olması nedenleriyle bildirilen toplam karşılanmayan tıbbi gereksinim oranı 2014 yılında %3,6’dır. Eurostat veritabanında Türkiye’de karşılanmayan tıbbi gereksinim verisi en son 2009 yılına aittir ve %14,9’dur (112). Çalışmamızda karşılanmamış tıbbi gereksinim Türkiye oranlarına benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde 2009 yılında %14,9 olan karşılanmayan tıbbi gereksinim oranı, 2013’te aynı oranla sürmektedir ve bu oran Avrupa Birliği ortalamasının dört katından daha yüksektir. Üstelik bu çok yüksek orana ek olarak ülkenin batısı ile doğusu arasında büyük bir farklılık da söz konusudur. Ülkemizin doğusunda yaşayan her beş kişiden birinin tıbbi gereksinimi karşılanmamaktadır (113). Çalışmamıza katılanların %12,5’i son bir yılda tıbbi gereksinimlerini karşılayamadığını belirtmiştir. Ulaşım gücü nedeniyle sağlık hizmeti ve ilaç gereksinimini karşılamayanlar, ulaşım aracı sahibi olmayanlarda olanlara göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Karşılanmamış tıbbi gereksinim açısından mahalleler arasında ve mahallelerin ASM ve devlet hastanesine uzaklık ve sürelerine göre anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Aynı ilin mahalleleri arasında bile karşılanmamış tıbbi gereksinimin anlamlı olarak farklı olması sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği Bursa ili özelinde bize gösterebilmektedir.

Araştırmamızda, katılımcıların herhangi bir sağlık problemi varlığında öncelikle gitmeyi tercih ettikleri sağlık kuruluşu ilk sırada devlet hastanesidir (%44,5). Yapılan çalışmalara göre kadınların ilk sırada aile hekimini tercih ettiği görülürken, bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ), her iki cinsiyet de en fazla devlet hastanesini tercih etmektedir. Ancak kadınların erkeklere göre Aile hekiminden hizmet alımları anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ). Yani aile hekimliği uygulamasına geçildiğinden beri kadınların %84,4’ü erkeklerin %70,6’sı en azından bir kere aile hekimine başvurmuştur. Benzer araştırmalar da kadınların birinci basamak hizmet kullanımının erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (114,115).

Yaş gruplarına göre ilk başvuru anlamlı olarak farklıdır. 0-17 yaş grubundakilerde başvuruda tercihin ilk olarak aile hekimlerine yapılmasının daha yüksek olması, bu yaş grubundakilerle aile hekiminin daha yakın bir ilişki halinde (aşı, izlem vs gibi nedenlerle) olması ile ilgisi olabilir. Yaşlılarda aile hekimini tercih oranı diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak düşüktür. Yine dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanların anlamlı olarak aile hekimini daha az tercih ettiği, mahallelere göre ilk başvuruda aile hekimini tercih en fazla Dudaklı mahallesinde saptanmıştır.

Sağlık erişimi, fiziksel ve zihinsel sağlığın iyileştirilmesi, hastalık ve ölümün önlenmesi, yaşamın uzatılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için çok önemlidir. Sağlık kuruluşlarına daha fazla mesafe veya artan seyahat süresi bu sağlık hizmetlerinin kullanımından kaçınılmasına neden olmaktadır. (86). Araştırmamızda da görüldüğü üzere; en yakın ASM'ye süresi 30 dk'dan az olan mahallelerde yaşayanların ilk başvuruda aile hekimini tercih oranı 30 dk'dan daha fazla süren mahallelerde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha fazladır. Uzaklık sağlık kuruluşu seçiminde etkili olabilmektedir. Çalışmamızla benzer olarak yapılan bir araştırmada ücretsiz mamografi hizmetinden 20 milden daha uzakta oturanların ücretsiz bakımdan vazgeçtiği, daha yakınlarındaki ücretli hizmeti seçtikleri saptanmıştır (116).

Kronik hastalık varlığında ise ilk başvuruda aile hekimi tercihinin anlamlı olarak az olmasının, yıllar içindeki aşırı uzmanlaşmanın kişilerde yarattığı algı ve sevk sisteminin uygulanmıyor oluşu ile ilgisi olabilir. Nitekim benzer çalışmalarda devlet hastanesini tercih nedeni olarak %85 uzman doktor varlığının ya da aile hekimi tercih etmeme nedeni olarak %75 uzman doktor yokluğunun gerekçe gösterilmesi de (117) böyle bir algıya işaret etmektedir. Bu durum aile hekimliği uygulamasının uzman hekim beklentisini ortadan kaldıramadığını da göstermektedir.

Yapılan benzer çalışmada, aile hekimine muayene olmuş olanlar için aile hekiminin yaklaşımının iyi bulunuyor olması da, aile hekimini ilk başvuruda tercih etmede rol oynamaktayken (118), bizim çalışmamızda ise aile hekimine muayene olmuş olanlar için aile hekiminin yaklaşımının iyi bulunuyor olması bile, aile hekimini ilk başvuruda tercih etmede rol oynamamaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi yani aile hekimliği uygulamasından önce yapılan çalışmada ise ilk başvuruda; Ankara merkezinde 2005 yılında yapılan çalışmada katılımcıların %66,6'sının sağlık ocağını tercih ettiği saptanmıştır. Devlet hastanesi %23,7 ile ikinci sırada yer almaktadır (106). Aile hekimliği uygulamasından sonra Manisa'da gecekondü bölgesinde bulunan bir Aile Sağlığı Birimine (ASB) bağlı hanelerde oturan 15 yaş ve üzeri kadınlarda Aralık 2008'de yürütülmüş diğer bir çalışmada da kadınların %61,9'u herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yerini aile hekimi olduğunu belirtmiştir (64).

Aile hekiminin ilk tercih noktası olma durumu benzer çalışmalarda Antalya'da Aile Hekimliği uygulamasının ikinci yılında (2013) sadece kadınlarda yapılan çalışmada %39 (118), Kayseri'de 35. ayında %50 (115), Manisa'da 11. ayında %62 (sadece kadınlarda) (64), Erzurum'da 34. ayında %26,7'dir (119). Bizim çalışmamızda ise aile hekimliği devlet hastanesinden sonra %39,4 ile ikinci sırada yer almaktadır.

Kırsal alanda yaşayanların hastalandıkları zaman sağlık hizmeti almak için ilk başvurularını ilçe merkezine gelen halkın Aile sağlığı merkezi yerine devlet hastanesine yapmasına; hastaların istediği basamağa doğrudan başvurusunu yapabilmesi ve basamaklar arasında zorunlu sevk uygulaması olmaması da neden olmaktadır. Bizim çalışmamızın aksine ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda (64,106,118) hem SDP öncesi hem de sonrası dönemde ilk başvuru, bulunulan yere yakın olması nedeniyle sağlık ocaklarına ve Aile sağlığı merkezlerine yapılmaktadır. Bu önemli farkın nedeni ise bu çalışmaların kentsel alanda yaşayanlarda ve belirli cinsiyette ve yaş grubunda yapılmasından kaynaklanabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 224 Sayılı Kanun çerçevesinde uygulanan sağlık ocağı sisteminin toplumun sağlık ihtiyacını karşılamada yeterli olmadığı ve birinci basamakta tedavi edilebilecek büyük bir hasta grubunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği düşüncesinden hareketle aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar vermişti (120). Ancak günümüzde ilk başvuruda tercih edilmeyen aile hekimliği sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalabilmektedir.

Kırsal mahallenin en yakın aile sağlığı merkezine uzaklığı 30 dk'dan fazla olanlarda yaşıayanların devlet hastanesini anlamlı olarak daha fazla tercih ettiği ve en son başvuruda devlet hastanesine başvurdukları saptanmıştır. Yapılan benzer çalışmalarda (101,115,117,121,122) aile hekimini tercih nedeni olarak ilk sırada yakın olmasıdır. Bizim araştırmamızda ise aile hekiminin uzakta konumlanması halkı ikinci basamağa sevk etmektedir. Devlet hastanesinin tercih edilmesini artırmaktadır. Hizmet alınan yerin yakın olması, sağlık bakım sürecinin devamlılığında da önemli bir unsurdur (26).

Tercih edilirdikte (%44,5), en son (%48,1) ve bir önce (%45,6) başvurulan yer olma durumunda devlet hastanesine başvuru diğer kuruluşlara göre daha fazladır. Sağlık hizmeti kullanımında, ikinci basamak olan devlet hastanelerinin tercih edilmesi maliyet etkin olmayıp ülkeye ek yük getirmektedir. İlk başvuruda %39,4 oranında tercih edildiği belirtilen aile hekimliği ancak en son başvuruda %24,5 ve en sondan bir önceki başvuruda %27,2 oranında anlamlı olarak daha düşük düzeyde kullanılmıştır. Bu da bize aile hekiminin sözde tercih edilirken uygulamada pek tercih edilmediğini göstermektedir. Öyle ki tüm katılımcıların %17,8 olan olağan hizmet sunucu sürekliliği ile daha önce aile hekimine başvurmuş kişilerde ardışık iki başvurunun (%23,1) aile hekimine yapılmasının da düşük olması da aile hekimi kullanımının süreklilik arz etmediğini göstermektedir. Sağlık hizmeti kullanımında tercih edilen, hem sağlık çıktılarının iyileştirilmesi adına hem de maliyet etkin olması adına, birinci basamağın ilk başvuru noktası olarak ikinci ve üçüncü basamaktan daha yaygın kullanılmasıdır.

En son sağlık hizmeti almak için başvuru, en yakın ASM'ye uzaklığı 10 km'den ve süresi 30 dk'dan fazla olan mahallelerde anlamlı olarak daha fazla devlet hastanesine yapılmıştır. Dünya Bankası'nın 2013 yılı raporu; Türkiye'de aile hekimliği öncesinde sağlık hizmet sunumunun büyük ölçüde hastane odaklı olduğunu ve hastaların düşük kaliteli birinci basamak sağlık merkezlerine gitmek yerine doğrudan üst basamak sağlık tesislerine gittiğini, bu şekilde sağlık hizmeti sunumundaki parçalı yapının, sağlık hizmetlerinde yeterli eşgüdümün yapılmasını önlediğini, aile hekimliği ve uygulanan Performansa Dayalı Sözleşme çerçevesinin bu sorunları ele almak üzere

tasarlanarak başarı sağladığını ifade etmiştir (123). Ancak araştırmamız bu savı doğrulamamaktadır. Kırsal alanda yaşayanlar halen hastalandıklarında soluğu aile hekimi yerine devlet hastanesindeki uzman hekimlerde almaktadır.

Araştırmamızda bulduğumuz kırsal alanda kişi başı birinci basamağa başvuru sayısı (2,24), Bursa 2016 yılı (3,8), Doğu Marmara 2015 yılı (3,2), Türkiye 2015 yılı (2,7) ve Antalya 2013 yılı (2,94) başvuru sayılarının altındadır (118). Türkiye’de kırsal alanda yaşayanların birinci basamağa başvuruları ile ilgili veri bulunamadığı için karşılaştırma kırsal/kentsel ayrımı gözetilmeksizin yayınlanan veriler üzerinden yapılmıştır. Ancak Bursa’da 3,8 olan başvuru sayısının, bizim çalışmamızda kırsal alanda 2,2 olarak saptanmış olması; kırsal alanda yaşayanların aile hekimliği sisteminden daha düşük oranda yararlanabildiklerini göstermesi bakımından önem taşımaktadır. Uygulanmakta olan aile hekimliği modelinde, kişilerin kendisinde ya da aile bireylerinde bir sorun olduğunda aile hekimini tercih etme ve kullanma oranı kırsal alanda istenen düzeyde değildir. Bunun en önde gelen nedenlerinden biri, kırsal alanda yaşayanların kentlerde yaşayanlara göre ASM’ye ulaşım zorluğu yaşamaları ve aile hekimlerinin kırsal mahallelerde sunmuş oldukları mobil hizmetlerin periyodunun ve süresinin yetersizliği olabilir. Araştırma bulgularımız bu sonucu destekler niteliktedir.

Son bir yılda tüm katılımcıların aile hekiminden hizmet alma durumu sorgulandığında; %42,3’ünün aile hekiminden hiçbir hizmet almadığı görülmektedir. Kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak aile hekimine daha fazla başvurmuştur ( $p<0,05$ ). Son bir yıl içinde aile hekimine hiç başvurmamış kişilerin aile hekimi tarafından sağlıklarının gözetilemeyeceği ortadadır. Kırsal alanda yaşayanların yarıya yakınının son bir yıl içerisinde aile hekimliği sisteminden hiçbir şekilde yararlanmamış olması, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte getirilen bu sistemin temel sağlık hizmetlerini sunmak açısından beklentiyi karşılamakta yetersiz kaldığını göstermektedir.

Son bir yıl içinde katılımcıların %8,5’inin koruyucu sağlık hizmeti aldığı saptanmıştır. ASM’ye daha yakın olan mahallelerde aile hekimine başvuru daha fazladır. Uzaklık, yani coğrafi erişilebilirlik sağlık hizmeti kullanımında en önemli etmenlerden biridir. 2013 yılında Antalya’da yapılan çalışmada; hekimlerin %40,8’i tedavi edici hizmetlere ağırlık vermek zorunda kaldığı için,



%40,8'i ev ziyaretlerine vakit kalmadığı için, %32,3'ü personel yetersizliği nedeniyle, %30,8'i hasta uyumsuzluğu nedeniyle koruyucu sağlık hizmeti vermekte sorun yaşadıklarını belirtmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında uygulanan aile hekimliği sürecinde, sağlık kuruluşlarına başvuruların her basamakta hemen hemen aynı düzeyde arttığı görülmekte iken (112), rutin hizmetlere erişemeyenlerin yoğun başvuruları nedeniyle acil servis ve 112 başvurularının ise 2-3 kat arttığı bilinmektedir (113–116). Çalışmamızda kişi başı acil servise başvuru sayısı (0,37) Türkiye ve Bursa (1,2) değerlerine göre düşüktür. Bu durum kırsal alanda yaşayanların sağlık hizmeti kullanımından her şekilde kaçındığını gösteriyor olabilir.

TÜİK araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de 15 yaş ve üstü bireylerin %11,3'ü 2016 yılı içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti almıştır (124). Araştırmamızda tüm katılımcıların %7,5'i, 15 yaş ve üstü bireylerin ise %7,9'u 2016 yılı içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti almıştır. Kırsal alanda yaşayanların Türkiye ile kıyaslandığında daha az gece yataklı tedavi hizmeti aldığı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların %98,0'i aile hekimine kayıtlı olduğunu bilmektedir. Aile hekimine kayıtlı olup olmadıkları hakkında kesin bilgiye sahip olmayanların %85,0'i aile hekimine hiç başvurmamış, hekim de kendileriyle hiç iletişime geçmemiştir. Oysa yürürlükteki mevzuata göre (46) hekimin bu kişilerle iletişim kurması beklenirdi. Katılımcıların %22,6'sı aile hekimine aile hekimliği uygulamasına geçildiğinden beri hiç başvurmamıştır, bu kişilerle de aile hekimleri hiç iletişime geçmemiştir. Hekimin hiçbir iletişime geçmemesi bir yana, bu konunun Türkiye Halk Sağlığı Kurumu örgütü içerisinde yer alan birimler (Toplum sağlığı merkezleri ve Halk Sağlığı Müdürlüğü) tarafından da her hangi bir biçimde izlenmemiş/denetlenmemiş olması düşündürücüdür.

Kadınlar, 0-6 yaş grubu bebek/çocuklar, dul/boşanmış/eşinden ayrı yaşayanlar okur yazar olmayanlar, çalışmayanlar ve sosyal güvencesi olmayanlar anlamlı olarak daha fazla aile hekimine başvurmuştur.

Katılımcıların aile hekimliği uygulaması hakkında çok az bir fikre sahip oldukları bu nedenle ilk başvuru yeri olarak tercih etmedikleri ve aile hekimlerinden yeterince koruyucu hizmet almadıkları görülmüştür. Aile

hekimlerine büyük oranda (%34,9) reçete tekrarı için başvurulmaktadır. İkinci sırada (%32,2) muayene olmak için başvurumaktadırlar. Katılımcıların muayene olmak ve kronik hastalıklarının takibi için devlet hastanesini kullanıp sonrasında raporlu ilaçlarını yazdırmak için aile hekimlerine başvurdukları saptanmıştır.

Katılımcılardan hizmete erişmek için bekledikleri süreyi fazla bulanların oranı gözleendiği üzere oldukça azdır (%0,7). Antalya'da yapılan çalışmada da (118) katılımcıların %4,9'u hizmet almak için uzun süre beklediğini belirtirken, Ankara'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %68,1'inin ve hizmet almak için uzun süre beklediğini ifade ettiği görülmüştür (125). Benzer çalışmada da (126) görüldüğü üzere bekleme süresinin az olması memnuniyeti olumlu yönde etkilemektedir.

Halkın aile hekimliğinden düşük oranda faydalanması 15 yaş üstü bireylerin %28,9'unun aile hekiminin, %80,1'inin de aile sağlığı elemanının adını hiç bilmemesine neden olmuştur. Öyle ki mobil hizmet verilmeyen Güneykestane mahallesinde aile hekiminin adını bilmeyenlerin oranının %86,4'e, aile sağlığı elemanının adını bilmeyenlerin oranının %100,0'e ulaştığı görülmüştür. Mobil hizmet verilmek için gidilen mahallelerde aile sağlığı elemanının aile hekimine eşlik etmemesi halkın aile sağlığı elemanı ile iletişim ve onu tanıma imkanını düşürmektedir. Sağlık evi bulunan mahallelerde aile sağlığı elemanının mobil hizmet vermek için mahallelere gelmediği tespit edilmiştir. Aile planlaması, gebe-lohusa ve bebek-çocuk izlemleri, sağlık evi ebe ve hemşireleri tarafından yapılmaktadır. Aile hekiminin adını ve soyadını bilme ASM'ye uzaklığı 10 km'den az ve ulaşım süresi 30 dakikadan az olan mahallelerde anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcılardan aile hekiminin mahallelerine geldiğini bilenlerin hepsi mahalleye gelme sıklığını ve gününü doğru bilmektedir, katılımcıların %9,0'u aile hekiminin mahallede kalma süresini yeterli bulmamaktadır. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanının ev ziyaretleri ise yok denecek kadar azdır; aile hekimi katılımcıların %1,5'inin, aile sağlığı elemanı ise katılımcıların %0,5'inin evini ziyaret etmiştir. 0-6 yaş grubu bebek ve çocuklardan yalnızca biri evinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanı son bir yıl içinde gebelerin evine ziyarette bulunmamıştır.

Manisa'da aile hekimliğinin 11. ayında, son bir yılda evime ebe ziyarete geldi, diyenlerin oranı %40,6; Kayseri il merkezinde aile hekimliğinin 35. ayında aile sağlığı elemanlarınca evde ziyaret edildiklerini söyleyenlerin oranı %12,4; İzmir'de aile hekimliğinin 18. ayında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelere ev ziyareti yapılma oranı %3; Adıyaman'da aile hekimliğinin 3. yılında %2 olarak bulunmuştur (64,115,127,128). Yine 2013 yılında Antalya'da yapılan araştırmada aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından ev ziyareti yapılma durumu %6,6 bulunmuş ve aile hekimlerinin %52,7'si de birlikte çalıştığı aile sağlığı elemanının hiç ev ziyareti yapmadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızdaki ev ziyareti oranları diğer çalışmalarda bulunan oranlardan oldukça düşüktür. Bunun bizim çalışmamızın yalnızca kırsal alanda yapılmış olması ve kırsal alanda ev ziyaretlerinin genel olarak aile hekimliği sisteminde daha düşük oranda yapılıyor olmasıyla ilgisi olabilir. Ayrıca bu durumun Bursa'ya ilişkin bir bulgu olup olmadığının anlaşılabilmesi için daha ayrıntılı çalışmalarla incelenmesinde yarar bulunmaktadır.

15 yaş ve üzeri aile hekimine başvurmuş olan katılımcıların %94,5'i aile hekiminin, %94,0'ü de aile sağlığı elemanının yaklaşımını iyi bulmakta, %94,6'sı aile hekiminden memnundur. Aile hekiminden memnuniyet düzeyi %80,3-100,0 arasında değişmektedir. 2010 yılında sağlık bakanlığının yaptığı çalışmada; halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin Aile hekimliği olan illerde %82,8, Aile hekimliğinin olmadığı illerde %80,1 ve tüm ülke genelinde %81,2 bulunmuştur. Sağlık bakanlığının yaptığı çalışmada bizim çalışmamızı da destekler nitelikte olarak; eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeylerinde azalışlar, memnuniyetsizliklerde artışların olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmanın Bursa özelinde memnuniyet düzeyi %68,9-90,2 arasında değişmektedir (129).

Bu çalışmada, kırsal alanda birinci basamak hizmetlerin çok düşük düzeyde veriliyor olmasına rağmen halkın memnuniyetinin yüksek oranlarda bulunmuş olması; hizmetin niteliği ile halkın memnuniyet düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olmayabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Halkın memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin sunumu açısından bir ölçüt olarak kabul edilebilmesi için sağlık okuryazarlığının yüksek olması gerekmektedir. Halk özellikle koruyucu hizmetler açısından hangi hizmeti ne sıklıkla alması

gerektiğini bilmediği için, kırsal mahalleye hiç ziyarette bulunmayan bir aile hekimi ve aile sağlığı elemanı hakkında bile çok yüksek memnuiyet bildirebilmektedir.

Araştırma kapsamındaki 15-49 yaş evli kadınların sadece %15,0'i aile planlaması hakkında danışmanlık hizmeti almıştır. Kadınların aile planlaması hakkında sağlık eğitimi oldukça düşüktür. Aile hekimliği sisteminin aile planlaması danışmanlığı ve eğitimi ile ilgili etkinliği bu çalışmada çok düşük bulunmuştur.

Ülke genelinde, 15-49 yaş evli kadınların %74'ü gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır. Bu yöntemlerin % 47'si modern, %26'sı geleneksel yöntemlerdir. En yaygın kullanılan modern yöntem RİA'dır (%17) ve bunu erkek kondomu takip etmektedir (%16). Geri çekme en yaygın kullanılan geleneksel yöntem olmaya devam etmektedir. Halen evli kadınların % 26'sı görüşme tarihinde geri çekme kullandığını bildirmiştir (89). Araştırmamızda ise evli kadınların %72,0'si gebeliği önleyici yöntem kullanmaktadır. Bu yöntemlerin %43,3'ü modern, %28,7'si geleneksel yöntemdir. Aile planlama yöntemi kullanımı Türkiye değerleriyle benzerlik göstermektedir.

Ana-çocuk sağlığını geliştirmede doğum öncesi bakım ve gebelik öncesi bakım olmak üzere iki temel ve birbirini tamamlayıcı yaklaşımdan söz edilir (130,131). Kadın gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen sürede (ülkemizde yaklaşık olarak kentsel alanda 2 ay kırsal alanda 3 aydır) (132) fetus, organogenez sürecini çoktan tamamlamaktadır (133). Başka bir deyişle, gebelikten önce riskler saptanmazsa sakatlıkların ve etkilenimlerin önlenmesi için geç kalınmakta, müdahale fırsatları kaçırılmaktadır. Gebelik öncesinde müdahale edildiği takdirde (gebelikteki müdahalelere kıyasla) kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzluklar daha büyük oranda azalmaktadır (134). Araştırmamızda gebelik öncesi bakım alma oranı %11,1 ile oldukça düşüktür.

Doğumda sağlık personelinden doğum öncesi bakım alma oranı %98,8'dir (1kişi almamıştır). TNSA 2008'de %92,0 olan bu oran TNSA 2013'de %97,0'ye yükselmiştir. Doğum öncesi bakımda, yerleşim yerine ve bölgelere göre de farklılıklar bulunmaktadır. Kırsal alanlarda bu oran %92,7, kentsel alanlarda %98,1'dir. 2008-2013 yılları arasında doğum öncesi bakımın

kapsamında önemli ilerlemeler olmasına rağmen, Doğu bölgesi ile diğer bölgeler arasındaki fark, hala göreceli olarak büyüktür. Doğum öncesi bakımın kapsamı, Doğu bölgesi (%93) hariç diğer bölgelerde % 96,0'nın üzerindedir. NUTS 1 bölgelerine göre bakıldığında, doğum öncesi bakım Kuzeydoğu ve Ortadoğu Anadolu'da en düşük düzeydedir (sırasıyla %85,0 ve %91,0) (89). Bursa'nın da yer aldığı Doğu Marmara bölgesinde bakım almamış gebe oranı (%1,4) çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü "Sağlıkta Dönüşüm" Programının ana unsurlarından biri olan aile hekimliği uygulamasında doğum öncesi izlem açısından aile hekimine yasa ile verilmiş yetki ve görevler; doğum öncesi izlem yapmak, kişiye yönelik rehberlik, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerini vermek, sunduğu hizmetlere ilişkin sağlık kayıtlarını tutmak, gerekli bildirimleri yapmak ve kendisine kayıtlı kişilerin sağlık durumlarını ev ziyareti ile tespit etmektir. Aile sağlığı elemanı için ise doğum öncesi bakım başlığı altında değerlendirilebilecek yasal yükümlülükleri gezici hizmetler, sağlığı geliştirici sağlık eğitimi, koruyucu hizmetler ile ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri olarak bildirilmektedir (46). Ülkemizde herkesin aile hekimliğine kaydı olduğu varsayıldığında, takip edilmeden doğum gerçekleştiren gebe olması sistemin yetersizliğini göstermektedir. Öyle ki; gebeliklerin %13,8'inden aile hekiminin haberinin olmaması bu savımızı doğrulamaktadır.

Doğum öncesi bakım hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri açısından öncelikli ve özel bir yere sahiptir. Araştırmamızda gebelerin %64,6'sı aile hekimliğinde takip edilmiştir. Aile hekimliğinin 18.ayı sonrası İzmir'de ikinci ve üçüncü basamağa başvuran gebelerde yapılan bir çalışmada da, gebelerin %10'unun aile hekimine kaydının olmadığı, 36 hafta ve üzeri 182 gebe için %15'inin aile hekimi tarafından hiç izlenmediği görülmüştür(127). Gebeliğin birinci basamakta izlenmesi; gebe ve bebeğin, bağışıklama, uygun eğitimlerin verilmesi, riskin erken dönemde saptanması gibi tüm koruyucu hizmetlere erişimini artırır ve istenmeyen sonuçların sıklığını azaltır. Birinci basamakta izlem, erişimin hem ulaşım, hem ekonomik nedenlerle daha kolay olması nedeniyle hizmette sürekliliği artırır (127). İskoçya'da gebelikte birinci basamakta genel pratisyen ve ebe izlemiyle kadın doğum uzmanlarının

izlemlerinin etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada, düşük riskli gebelerin uzmana başvurusunun ne klinik ne de kullanıcı memnuniyeti açısından bir fark yaratmadığı ortaya konmuştur (135).

Gebelerin aile hekimliğinde takip edilmemesi birinci basamak sağlık hizmetinde bölge temellilik/ev ziyareti eksikliği ve gerekliliğini daha da öne çıkartmaktadır. Aile hekimliği yönetmeliğinde de ev ziyaretleri tanımlanmıştır. Buna rağmen uygulanmadığı görülmektedir. Doğum ncesi bakımın sayı ve niteliğini, bu dönemde sağlık personeli tarafından yapılan ev ziyaretlerinin arttırdığı literatürde gösterilmiştir. Erken doğum ve düşük doğum ağırlığına olumlu etkileri de tartışılmaktadır (136) .

Araştırmamızda kadınlar gebe olduğunu en çok gebeliklerinin 5-6. haftasında, en çok evde yaptıkları testle öğrenmişlerdir. Doğum ncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte daha yararlı ve etkili olmaktadır. Doğum ncesi bakım için ilk ziyaret, gebeliğin üçüncü ayından önce yapılmalıdır. Gebeliğin erken belirlenmesi, kadının genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesi açısından yararlıdır. Ancak araştırmamızda 2 gebelik 13 hafta ve üzerinde tespit edilmiştir. Böylelikle 2 gebeliğin izlemde de geç kalındığı görülmektedir.

Doğum ncesi bakımların toplam sayısı da, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Tavsiye edilen doğum öncesi bakım programında, her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi önerilmektedir (81). Araştırmamızda takip edilen gebelerin hepsi 4 ve üstünde sayıda bakım almışlardır. Aile hekimliğinin 2. yılında Antalya merkez ilçelerinde yapılan bir çalışmada gebelerde %16,2'sinin gebe izlem sayısının 4'n altında olduğu görülmüştür (118). Aile hekimliğinin ilk yıllarında Sağlık Bakanlığı verilerinden 11 ilin sağlık göstergelerinin incelendiği bir çalışmada, aile hekimliği döneminde gebe izlem ortalamasında önceki yıllara göre azalma görülmüştür. Bu çalışmanın verileri izlem protokolünün değeriminin etkisi göz önüne alınarak incelendiğinde, aile hekimliği döneminde, verisi olan 10 ilin 4'nde izlem sayısının 4'n altında kaldığı görülmektedir (137). Aile hekimliği uygulaması öncesi 1998 yılında Konya'da yapılan bir çalışmada gebe izlem ortalamaları köyde 3,6±1,2 kentte 3,05±2,1 bulunmuştur. Yine Konya'da

yapılan çalışmada ise aile hekimliği döneminde izlemi yapılmayan gebe oranında azalma, vaktinde uygun sayıda izlemi yapılan gebe oranında ise artış olduğu saptanmıştır (138).

Kendisine kayıtlı kişi üzerinden hizmet sunan aile hekimliği modelinde birinci basamak sağlık hizmetini nasıl kullanacağını bilmeyen kesime nasıl ulaşılacağı konusunda bir yöntem belirlenmesi gerekmektedir. Gebe izlemi yapılan tüm hastanelerden aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerine bilgi akışı sağlanmalıdır. Toplum Sağlığı Merkezleri belirli aralıklarla saha çalışmaları yapılmalı ve gebe ve bebek tespiti daha iyi değerlendirilmelidir.

Araştırmamızda doğumların hepsi bir sağlık kuruluşunda yapılmıştır. Ülkemizde kentsel alanlarda sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar (%99,0), kırsal alanlara kıyasla daha yaygındır ki kırsal alandaki doğumların %7,0'si evde gerçekleşmektedir. Sağlık kuruluşunda yapılan doğumların oranı, Doğu bölgesi (%92,0) hariç diğer tüm bölgelerde %97,0 olan ülke ortalamasının üstündedir. NUTS 1 bölgelerinde Batı Marmara ve Doğu Marmara'da doğumların tamamı sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir (89).

Annelerin %46,2'si doğum sonrası bakım almamıştır, %1,3'ünün evine aile sağlığı tarafından ziyarette bulunulmuştur. Antalya'da aile hekimliğinin 2. yılında yapılan çalışmada da annelerin %34,9'una ise doğum sonrası bakım hizmeti verilmemiştir (118).

2014 yılı Avrupa Birliği ülkeleri mamografi ile meme kanseri tarama oranı %63 (139), Türkiye'de %30,8'dir (140). Serviks kanseri tarama oranı 2014 yılı Avrupa Birliği ülkelerinde %64,4 (139), Türkiye'de %43,3'tür (140). Ülkemizde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre 2014 yılı tarama oranları; meme kanserinde %24,9, serviks kanserinde %61,2, kolorektal kanser %16,9'dur (141). Araştırmamızda meme kanseri açısından mamografi ile taranma oranı hedef nüfusta %26,3 ile Türkiye ve AB ülkeleri tarama oranlarının çok altındadır. Yine serviks kanseri açısından pap-smear ile taranan hedef nüfusun oranı (30 yaş dahil- 65 yaş dahil) (% 25,0'i) Türkiye ve AB ülkeleri tarama oranlarından çok düşüktür. Antalya'da 2016'da aile hekimliği polikliniğine başvuran 21 yaş ve üstü kadınların serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve tutumlarının araştırıldığı çalışmada katılımcıların %70,0'inin serviks kanseri taraması, %35,3'ünün meme kanseri taraması,

%2,8'i kolon kanseri taraması yaptırdığı saptanmıştır. Antalya'da yapılan çalışmada tarama oranlarındaki yüksekliğin nedeni araştırmanın hastaneye başvuranlarda yapılmasından ileri gelmektedir ve örnekleme de ki sağlık çalışanlarının yüksekliğinden yani bilinç ve farkındalık düzeyi yüksek kişilere yapılmasından kaynaklanabilmektedir.

Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (142) hekimlerin %33'ünün smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Bu oran bizim çalışma sonucumuzda ki gibi düşüktür. Bu sonuçlar hekimlerin hastalarının sağlıklarını korumaya önem verirken kendi sağlıklarını korumak için daha az çaba harcadığını göstermektedir.

Pap smear eşsiz bir tarama yönteminin özelliklerine sahiptir. Ucuzdur, kolay uygulanabilir, hastalar tarafından kabul edilebilir ve toplumsal taramalarda kullanımı ile serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %90 oranında düşürülebilir (13). Pap smear yalnızca hastanelerde yapılabilecek bir tarama testi değildir. Uygun bir yapılanma ve alınan smear'lerin gönderilebileceği, kullanılabilir bir sevk sistemi (patolojik-sitolojik inceleme olanağı) olduğunda, tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu test yapılabilir (14).

Birinci basamakta klinik erken tanı çabaları kanserlerin erken tanısı için klinik öneme sahiptir. Tüm dünyada kadınların %90'ından fazlasının sağlık hizmeti aldığı sağlık kuruluşu birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır (143,144). Son yıllarda artan ilgi ve bu konuya yapılan vurgulara rağmen serviks kanseri taraması yaptıran kadınların oranı düşüktür. Kadınların serviks kanseri taraması konusunda yeterli bilgisi yoktur ve jinekolojik muayeneden çekinmektedirler (144).

Sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin gerekli tarama testlerinin yapılması ve bu testlerin yapılma sıklığı ile ilgili aile hekimleri ve aile sağlığı elemanı tarafından danışmanlık verilmelidir.

Son altı yıl içinde sorgulanan mahalle katılımcılarında tüberküloz hastası bulunmaması sevindiricidir.

Erişkin bağışıklama sıklığı ve farkındalığı düşük saptanmıştır. Erişkinlerin, bağışıklanması için öncelikli olarak erişkinlerin de çocuklar gibi hastalıklardan korunmak için bağışıklanması gerektiği öğretilmelidir.



### **Araştırmanın sınırlılıkları**

- Ankette yer alan, sağlık hizmeti kullanımına ait geçmişe yönelik sorular, genel olarak sağlık hizmeti özelliklerinin değerlendirilmesinde sıkça kullanılan sorular olmakla birlikte, hafıza faktöründen etkilenmesi olası sorulardır. Ancak karşılaştırmalarda aynı yöntemle elde edilen veriler kullanılacak olması bu konuda bir fikir oluşturabilmesi adına yeterli görülebilir.
- Çalışmanın verileri kış aylarında toplandığı için hastalanma sıklığı mevsimsel değişikliklerden etkilenmiş olabilir.
- Kişilerin sosyoekonomik durumunun değerlendirilmesi için gelir bilgisi sorusuna net ve yeterli bilgi edinilememiştir.

### **Araştırmanın güçlü yanları**

- Literatür taramasına göre Sağlıkta Dönüşüm programı sonrasında kırsal alanda yapılan, belirli yaş ya da cinsiyet özelinde olmayıp tüm hane halkının incelendiği ilk çalışmadır.
- Birinci basamağın tanı ve tedavi hizmetleri yanı sıra, periyodik sağlık muayeneleri, gebe-lohusa-bebek takipleri ve aşılama, aile planlaması hizmetleri, kanser tarama ve erişkin bağışıklama gibi koruyucu hizmet yönü geniş ve ayrıntılı olarak incelenmiştir.
- Çalışmanın verilerininin kış aylarında toplanması; kış şartlarında, merkeze uzak ve erişim kısıtlılığı yaşayan dezavantajlı grup olan yaşlı nüfusun incelenmesini sağlamıştır.

## SONUÇ

Aile hekimliği uygulamasının bölge temelli olmaması, ev ziyaretlerinin yapılmaması, birinci basamak hizmet sunumunun tedavi ağırlıklı algılanması ve hekimlerin kayıtlı nüfusa ulaşım problemleri gibi nedenler, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun büyük oranda sadece başvuranlarla sınırlı kalmasına ve kapsayıcılığın yetersiz kalmasına yol açmaktadır.

Uygulanan politikalar bireylerin sağlık hizmeti almak için başvurduğu kuruluşların sıralamasında aile hekimlerinin yerini hastanelere bırakmasına yol açmıştır. Bu aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine verilen ağırlığı ortadan kaldırıp tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesine yol açmaktadır. Ayrıca sağlık insan gücü ve kaynakların verimli kullanılmasını engellemektedir.

Sağlık bir bütündür ve sosyal bir durumdur. Sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık politikaları çerçevesinde sunulması bir zorunluluktur. Sağlık hizmetlerine erişim temel insan hakkı olarak düşünülüyorsa yapılması gereken açıktır. Sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelendiği, entegre, basamaklandırılmış, herkese eşit, nitelikli ve erişilebilir olarak sürdürülmesi gerekir. Bunun için de reformların eşitsizlikler üzerine olası etkileri dikkatle irdelenmesi gerekmektedir.

Ülkede çok görülen, çok öldüren ve sakat bırakan sağlık sorunları ihmal edilmiş, seyrek görülen, zor tedavi edilen ve pahalı tıbbi araç gereci gerektiren sağlık sorunları önemsenmiştir. Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin, bu sorunlara farkındalığı artırılmamış, ülkenin koşullarına ve sağlık sorunlarına uygun eğitimi sağlanamamıştır. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin niteliği aksatılmaksızın, ülke düzeyinde birinci basamak sağlık bakımına öncelik verilmesine çaba harcanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma\\_ata/en/](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/en/).
2. World Health Organizasyon. Basic Documents of the World Health Organization. 26th Ed. Geneva 1976.
3. Illich I. Sağlığın Gaspı, Çev: Süha Sertabinoğlu, Ayrıntı Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, 2011.
4. Ateş M. Sağlık Sistemleri, Beta Basım, 1. Baskı, İstanbul, 2011.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen; 1985.
6. Asthana S, Gibson A. Deprivation, demography, and the distribution of general practice: Challenging the conventional wisdom of inverse care. Br J Gen Pract. 2008;58(555):720–8.
7. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım. Türk Tabip. Ankara; 2007.
8. Leenan H. Equality and equity in health care. WHO/Nuffield Centre for Health Service Studies meeting. 1985.
9. Hart TJ. The inverse care law. Lancet 1971, 297(7696):405–412.
10. Starfield B. Primary Care, Equity and Health in an International Context. A work-in-Progress Seminar on Health & Health Care in Changing Environments: the Malaysian Experience. 2003.
11. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.
12. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994;344(8930):1129-33.
13. Shi L. The impact of primary care: a focused review. Hindawi Publ Corp Sci. 2012;2012:22.
14. Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. J Epidemiol Community Health 2004; 58: 374–80.
15. Stange KC, Ferrer RL. The Paradox of Primary Care. Ann Fam Med 2009; 7: 293-9.
16. Güney Kömürlü Y. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden aile hekimliğine geçiş süreci. İstanbul Üniversitesi; 2010.
17. Erol H, Özdemir A. Türkiye ' de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi Health Reforms and the Evaluation of Health Expenditures. Sos Güvenlik Derg. 2014;4:9–34.
18. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2. Çağ Matbaası, Ankara 1985;1-33.
19. Öztekin Z. "Sağlıkta Kavramlar", Yeni Türkiye 2001;39:294-298.
20. Starfield, B. (1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press.
21. Liu X. Policy Tools for Allocative Efficiency of Health Services. Switzerland. WHO, 2003, p. 21-37.

22. Pala K. Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi el kitabı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2015.
23. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme leği (BD)(Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2011; 9(1): 16-32.
24. Rahmi Dirican. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları: Sağlık Yönetimi. Türk Tabipler Birliği Yayını, 1997.
25. Ateş, M. (Mart 2013). Sağlık Hizmetleri Yönetimi (2. Baskı b.). İstanbul: Beta Basım.
26. Shi L. The impact of primary care: a focused review. Scientifica, 2012, 2012.
27. Squires, David., "The United States Health Care System,2009" ", International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, June 2010.
28. Boyle, Sean., "The English Health Care System, 2009", International Profiles of Health Care Systems, The Commonwealth Fund, June 2010.
29. Groenewegen P.P, Dourgnon P, Gre S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. Health Policy 2013; 113: 170– 9.
30. Busse R, Blmel M. "The German Health Care System, 2011" In: Thomson S, Reed S.J, editors. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund 2011; 57-64.
31. Durand-Zaleski I, Chevreur K. "The French Health Care System, 2011" In: Thomson S, Reed SJ, editors. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, 2011; 45-56.
32. Bilgel N, editor. Aile Hekimliği. Bursa: Medikal Tıp Kitabevi; 2006.
33. Cooper R S, Kennelly J F and Ordunez GP. "Health in Cuba", International Journal of Epidemiology, n:35, 2006, p:817–824.
34. Tekin N. Yarım yüzyıllık bir hekim deneyiminin ışığı altında ülkemizdeki aile hekimliği uygulamasının kökenleri ve gelişimi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık tezi. Aydın,.
35. Akdur R. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu lkeleri ile Kıyaslanması. Ankara, 2005 güncellenmiş veri. s:1-37. [http://www.recepakdur.com/upload/ab\\_turkiye\\_kiyaslama.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf). Ankara; 1999.
36. Aydın E. Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara, Naturel Kitabevi, 2004; 13, 17-21, 36-7, 39, 42-7, 56-7, 63.
37. Başak O. Basamaklandırılmış Sağlık Hizmeti Sunumu ve Birinci Basamak. Türk Aile Hek Derg. 2007; 11(3): 135-139.
38. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). II: Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, S.51- 93.
39. Aydın E. Türkiye'de Taşra ve kırsal kesim sağlık hizmetleri örgütlenmesi tarihi. Toplum ve Hekim. 1997;12(80):21–44.
40. Akdağ R, Aydın S, Demirel H. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008, SB. Yayın no:749 Ankara 2008; 14-67.
41. Öcek ZA, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-

- 2004 Türkiye Fotoğrafı. 2007. 2000-2004 p.
42. Füsün Sayek TTB Raporları kitapları: Türkiye’de sosyalleşmenin 50.yılı. Birinci baskı. Ankara 2011, 115.
  43. Başak O, Saatçi E. The developments of general practice/family medicine in Turkey. Eur J Gen Pract 1998; 4: 126-9.
  44. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri. Cevahir, E.,Kibele Yayınları, 2016, İstanbul.
  45. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224. Kabul Tarihi: 05.01.1961. Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 12.01.1961, Sayı:10705.
  46. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004. Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 09.12.2004, Sayı: 25665.
  47. Oztek Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. Toplum Hekim Bul. 2006;25(2):1-6.
  48. Belek İ. Sağlıkta Dönüşüm Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, Yazılama Yayınevi, İstanbul; 2012, 219.
  49. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Kabul Tarihi: 11.10.2011 Resmi Gazete’de Yayımlandığı Tarih: 02.11.2011, Sayı: 28103.
  50. Lağarlı T. Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi; 2011.
  51. Institute of Medicine. A Manpower Policy For Primary Health Care. IOM publication 78-02. Washington, dc:national academy of sciences, 1978.
  52. Lévesque J-F, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Beaulieu M-D, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. BMC Fam Pract. 2012;13(20).
  53. Belek İ, Belek H. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri-Finansman, Kurumlar, İnsangücü Ve Hizmet Açısından Genel Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim. 1998;13(5):322-7.
  54. Guy MHJ. How do primary health care systems compare across Western Europe. The Pharmaceutical Journal 2001; 267; 269-73.
  55. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Türk M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi? STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi). 2006;15(8):144-8.
  56. Özdemir O, Ocaktan E, Akdur R. Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupa Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Değerlendirilmesi. Anka Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2003;56(4):207-16.
  57. Social justice and equity in health: report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom 1985). Copenhagen, Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR 804/m02).
  58. Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirmesinde Kullanılan Yaklaşım ve Yöntemler. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Toplum Hekimliği Bülteni. 2008; Cilt 27(3): 1-12.
  59. Institute of Medicine. Defining primary care. An interim report. Washington, dc: national academy press, 1994.
  60. Continuity of Care. Jay Biem H, The Canadian Journal of CME /

- November 2004 , 105.
61. Haggerty J, Reid Rj, Freeman G, Starfield B, Adair C, Continuity Of Care: A Multidisciplinary Review Bmj. 2003;327(7425):1219-1221.
  62. WHO Europe. Primary Care Evaluation Tool. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107851/PrimaryCareEValTool.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEValTool.pdf) Ziyaret tarihi: 20.11.2016.
  63. Çiçeklioğlu M. Sağlık hizmet araştırmalarında farklı bir yaklaşım: Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim. 1998;13(5):328–33.
  64. Özkan Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Derg. 2010;8(3):176–90.
  65. Starfield, B. Primary Care: Concept, Evaluation and policy. New York:Oxford University Press,1992.
  66. Starfield B. Primary Care in the United States . International Journal of Health Services 1986;16:179-198.
  67. Nutting P. Continuity of Primary Care : To Whom Does It Matter and When ? Ann Fam Med. 2003;1(3):149–55.
  68. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. 2015;
  69. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü Genelgesi (2008/45).
  70. Üreme hakları ve üreme sağlığı. Nüfus ve Kalkınma, ICPD 1994. Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında kabul edilen eylem planı. Kahire, 5-13 Eylül 1994. Birleşmiş Milletler. İngilizce Türkçe Birleşik Doküman, s:49.
  71. Kalın bağırsak kanseri. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/45-kalin-bagirsak-kanseri.html> Erişim tarihi: 22.06.2017.
  72. Meme kanseri. <http://kanser.gov.tr/kanser/kanserturleri/49-meme-kanseri.html> 47 Erişim tarihi: 22.06.2017.
  73. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831–65.
  74. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001;358:833–6.
  75. <http://www.bursa.com.tr/bursanin-cografyasi-iklimi-ve-nufusu>.
  76. “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2016”. <http://web.archive.org/web/20170202150132/http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>. Erişim tarihi: 13 Nisan 2017.
  77. Ayyıldız M, Çiçek A, Ayyıldız B. 6360 Sayılı Büyükşehir Yasasının Kırsal Kesime Olası Etkileri. Nevşehir Bilim ve Teknol Derg. 2016;0(0):280–5.
  78. 28539 Sayılı Resmî Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013.
  79. 5 Şubat 2015 tarihli ve 29258 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği.
  80. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi.

81. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı Doğum öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014.
82. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Konu : Sağlık Bakanlığına Bağlı İlçe Devlet Hastanelerinde Entegre Sağlık Hizmeti Sunulmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Yönerge, 2011.
83. Stock R. Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. Soc Sci Med. 1983;17(9):563-70.
84. Grossman DC , Krieger JW , Sugarman JR , Forquera RA . Health status of urban American Indians and Alaska Natives . A population-based study . JAMA . 1994 ; 271 : 845 - 850 .
85. Baldwin LM , MacLehose RF , Hart LG , Beaver SK , Every N , Chan L . Quality of care for acute myocardial infarction in rural and urban US hospitals. J Rural Health . Spring 2004 ; 20 ( 2 ) : 99 - 108 .
86. Geographic Healthcare Access and Place. 2014;(September):1–11.
87. Şenol V. Kayseri il merkezinde sağlık hizmetleri kullanımı ve algılanan sağlık ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Kayseri 2006.
88. Seçkin R. Nilüfer halk sağlığı eğitim ve araştırma bölgesi'nde yaşayanların ayaktan tanı-tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımları ve etkileyen etmenler. Uludağ Üniversitesi; 2009.
89. TNSA , 2013. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
90. Beşer E, Çan G. Temel Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler. 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Özet Kitabı. İzmir, 1994:244-246.
91. Self-perceived health statistics. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived\\_health\\_statistics#Further\\_Eurostat\\_information](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics#Further_Eurostat_information).
92. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2015.
93. İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. 2017;0–4.
94. World Health Organization. 10 facts on disability. 2013; Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/disability/en/>.
95. World Health Organization. Disability and health. WHO [Internet]. 2016 [cited 2017 May 24];
96. Çağlayaner H, Saatçi E. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Adlandırılması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2007; 11(3): 129-34. 2007;11(3):4–7.
97. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health. 2014;176.
98. WHO. Global health and aging. 2011.
99. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözmek K. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı 2013.
100. Tanrıverdi MH, Çelepkolu T, Hamza A. Diabetes mellitus and primary healthcare. J Clin Exp Investig. 2013;4(4):562–7.
101. Çevik C, Kılıç B. Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi). 2013;22(4):122–30.
102. Douthit N, Kiv S, Dwolatzky T, Biswas S. Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. Public Health. 2015

- Jun;129(6):611–20.
103. Van Doorslaer E, O'Donnello, Ravindra P et all. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007; 16: 1159 – 1184.
  104. Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul, 1998.
  105. Khe ND, Toan NV, Xuan LTT et all. Primary health concept revisited: Where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy*, 2002; 61: 95–109.
  106. İlhan MN, Tüzün H, Aksakal FN, Özkan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi : Sağlık Reformu. *Toplum Hekim Bülteni*. 2006;25(3):33–41.
  107. Crampton P, Dowell A, Woodward A, et al. Utilization rates in capitated primary care centres serving low income populations. *N Z Med J* 2000 Oct 27;113(1120):436-438.
  108. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decisionmaking process of health care utilization in Mexico. *HealthPolicy* 2005 Apr;72(1):81-91.
  109. Leyva-Flores R, Kageyana LM, Erviti-Erice J. How people respond to illness in Mexico: self care or medical care? *Health Policy* 2001; 57: 15–26.
  110. DeVoe JE, Fryer GR, Phillips R, et al. Receipt of preventive care among adults: Insurance status and usual source of care. *Am J Public Health*. 2003; 93: 786–791.
  111. OECD (2016). *OECD Regions at a Glance 2016*, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/reg\\_glance-2016-en](http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2016-en).
  112. Eurostat (2016). Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, detailed reason and income quintile, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.
  113. Pala K. Sağlıkta Dönüşüm Programının Toplum Sağlığı Göstergeleri Açısından Performansı. *Toplum ve Hekim*, 2015; 30(2):141-149.
  114. TÜİK. TÜİK Sağlık Araştırması 2012. Genel Sağlık Durumu. Yayın No:4117. 2013; 29-34.
  115. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Prev Med Bull* 2013; 12(4): 417-24.
  116. Brustrom JE , Hunter DC . Going the distance: how far will women travel to undergo free mammography? *Mil Med* . 2001 ; 166 : 347 - 349 .
  117. Dündar C, Öz H. Samsun İl Merkezindeki Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Kurumsal Tercihi Etkileyen Faktörler. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Bursa 2012; 502-4.
  118. Karakoç FY. Aile hekimliğinin ikinci yılında antalya ili kepez ve konyaalti ilçelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. 2014;
  119. Yaylalı M, Kaynak S, Karaca Z. Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 2012; 12(4): 563-73.
  120. Sağlık Bakanlığı. (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara. s. 14-29.
  121. TÜİK. Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011. Ankara 2012, Yayın No 3669; 16-32. 78.
  122. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp



- Fakültesi Eğitim Sağlık Ocakları Bölgelerinde Yaşayanlarda Sağlık Hizmetlerine Başvurular Etkileyen Etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25(3): 15-22.
123. Dünya Bankası, TÜRKİYE- Aile Hekimliğinde Performansa Dayalı Sözleşme Uygulaması –Tasarım ve Kazanımlar, Rapor No: 77029-TR, 15 Şubat 2013, s:12-55 ve ekleri.
  124. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573> Erişim tarihi: 02.07.2017.
  125. Aycan S, Özkan S, Avcı E, Özdemirkan T, Çivil EF. Ankara İl Merkezinde Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran On Sekiz Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Memnuniyet Değerlendirmesi. Toplum ve Hekim Dergisi 2012; 27(6).
  126. Balcı E, Gün İ. Kayseri İl Merkezinde Görev Yapan Öğretmenlerin Aldıkları Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2011; 33(2): 129-40.
  127. Durusoy R, et al. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. Turkish Journal of Public Health, 9(1), 1.
  128. Demir LS. Aile Hekimliği Uygulamasına Bebek, Gebe ve Köy ve Ev Ziyaretlerine Kısa Bir Bakış” 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, 18-22 Ekim 2010, İzmir; 72.
  129. Cumhuriyet YE, Bakanlık LIK. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti 2011 Patient Satisfaction with Primary Health Care Services 2011. 2011.
  130. Centers for Disease Control and Prevention Health Resources and Services Administration. Maternal, Infant and Child Health. In: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010.
  131. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Safe Motherhood Participant Book]. Sexual Health reproductive Health Yayın No: 2B. Ankara, 2005. [Prenatal Care and Preconceptional Care]. p.17-22.
  132. Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağatay P. [Reproductive Health]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdü Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK.
  133. Frey KA. Preconception care by the nonobstetrical provider. Mayo Clin Proc 2002; 77: 469-73.
  134. Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period--United States, 2002-2004. Matern Child Health J 2006; 10: 101-6.
  135. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with.
  136. Issel LM, Forrestal SG, Slaughter J, et al. A Review of Prenatal Home-Visiting Effectiveness for Improving Birth Outcomes Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2011 Mar;40(2):157-165.

137. Nesanır N, Erkman N. Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış. TAF Prev Med Bull. 2010;9(5):493–504.
138. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, et al. “Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri” Dicle Tıp Dergisi 2012; 39 (2): 227-33. 155.
139. OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
140. Eurostat 2017, Breast cancer and cervical cancer screenings, [http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth\\_ps\\_scre](http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ps_scre).
141. 2014 Yılı Birim Faaliyet Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar-programlar Ve Kanser Kanser Daire Başkanlığı. Ankara 2015.
142. Işık O, Çelik M, Keten HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. Kadın doktorların Pap smear testi konusunda bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Cukurova Med J 2016; 41(2): 291-8.
143. Gültekin M, Boztaş G. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser İstatistikleri 2014. Erişim. [www.thsk.saglik.gov.tr](http://www.thsk.saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 19.05.2017.
144. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Qiao Y. Early detection of cancer in primary care in less-developed countries. Cancer Control 2013; 68-72.

## EKLER

### Ek-1 Anketler

Tarih:  Kapı No:

**KIRSAL ALANDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:**  
**BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

İlçe Adı:   
Mahalle Adı:

### HANE BİLGİLERİ ANKET FORMU

1. Hanenizde siz dahil toplam kaç kişi yaşıyor?.....

Kişi Sırası	Ad Soyad	Ailedeki Konumu	Doğum Tarihi/Yaş	Notlar Geliri var mı?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

2. Son 1 yıl içinde hanenizde ölen oldu mu?

1. Hayır

2. Evet

Kim?..... Ne sebep'le öldü?.....

Doğum Tarihi:.....(yıl) Ölüm Tarihi:.....(yıl)

3. Aylık toplam hane geliriniz nedir?

1. 500 TL ve altında

2. 501-1000 TL

3. 1001-1500 TL

4. 1501-2000TL

5. 2001-2500TL

6. 2501 TL ve üzeri (Yazınız.....)

4. Haneye ait şahsi otomobil/araç varlığı?

1. Yok

2. Var Yazınız.....

5. Mahallenin kişinin ASM'sine uzaklığı?.....

6. Mahallenin en yakın ASM'ye uzaklığı?.....

7. Mahallenin en yakın 2. Basamak sağlık kuruluşuna..... uzaklığı?.....

8. Mahallenin en yakın 3. Basamak sağlık kuruluşuna..... uzaklığı?.....

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

Tarih:

Anket No:

KIRSAL ALANDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:  
BURSA İLİ ÖRNEĞİ

ERİŞKİN ANKET FORMU

Görüşülen kişinin adı:

Bilgisi alınan kişinin adı:

1. Cinsiyet:

1. Kadın 2. Erkek

2. Doğum Yılınz ?.....

3. Medeni durumunuz?

1. Bekar  
2. Evli  
3. Dul (eşi ölmüş)  
4. Boşanmış  
5. Eşinden ayrı yaşıyor

4. Öğrenim durumunuz?

1. Okur-yazar değil  
2. Okur-yazar  
3. İlkokul mezunu  
4. Ortaokul/ilköğretim mezunu  
5. Lise mezunu  
6. Yüksekokul mezunu  
7. Üniversite/lisans/doktora mezunu

5. Sosyal güvenceniz (Genel Sağlık Sigortanız) var mı?

1. Yok 2. Var ise nedir?.....  
1. SSK 2. Bağ-Kur 3. Emekli Sandığı 4. Yeşil Kart (?)

6. Şu anda çalışıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet

7. Ne iş yapıyorsunuz/yapıyordunuz? .....

1. İşsiz ise ne kadar süredir işsiz : .....  
2. Emekli çalışmıyor  
3. Öğrenci  
4. Ev hanımı  
5. Emekli çalışıyor  
6. Ücretli/ayıklık kamu çalışanı işçi statüsü  
7. Ücretli/ayıklık kamu çalışanı memur statüsü  
8. Ücretli/ayıklık özel sektör çalışanı  
9. Ücretsiz aile işçisi  
10. Kendi hesabına çalışıyor, yanında . . . . işçi çalışıyor  
11. Kendi hesabına müşterek, yanında . . . . işçi çalışıyor  
12. İş buldukça/mevsimlik çalışıyor  
13. Diğer .....

8. Mesleğiniz nedir?.....

9. Mesleğiyle ilgili almış olduğu eğitim:.....

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

**10. Doktor tarafından teşhis edilmiş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**  
(Kronik hastalıklar listesine bakılacak)

1. Hayır
2. Bilmiyor
3. Evet

Kronik Hastalık	10.1. Son 3-6 ay içerisinde mevcut hastalığınız için kontrol amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?		10.3. Kullanılan ilaç	
	Hayır	10.2. Evetse nerede?	Hayır	Evetse ne kullanıyor? (Kontrol edilecek)
1.				
2.				
3.				
4.				

**11. Son 15 gün için sağlığınızı nasıl tanımlarsınız?**

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

**12. En son ne zaman hastalandınız? .....**

**13. En son hastalandığınızda herhangi bir sağlık kurumuna gittiniz mi?**

1. Hayır
  - i) 11.1 Ne yaptınız?.....
  - ii) 11.2 Neden bir sağlık kuruluşuna başvurmadınız?.....
2. Evet

**14. En son hastalandığınızda sağlık kurumu başvurunuzu hangi sağlık kurumuna yaptınız?**  
.....

**15. Daha önceki hastalandığınızda sağlık kurumu başvurunuzu hangi sağlık kurumuna yaptınız?**  
.....

**16. Son 1 yıl içinde hasta olduğunuz halde ödeme gücünüz nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?**

1. Hayır
2. Evet

**17. Son 1 yıl içinde hasta olduğunuz halde ulaşım gücünüz nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?**

1. Hayır
2. Evet

**18. Son 1 yıl içinde ilaç kullanmanız gerektiği halde ilaca ulaşmakta sıkıntı yaşadığınız oldu mu?**

1. Hayır
2. Evet, maddi imkanım olmadığı için ilaç alamadım
3. Evet, eczaneye ulaşım sorunu olduğu için ilaç alamadım
4. Diğer.....(yazınız)

**19. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda, ilk hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz? (tek şık işaretleyiniz)**

1. Aile hekimi, çünkü: .....
2. Devlet hastanesi, çünkü: .....
3. Üniversite hastanesi, çünkü: .....
4. Eğitim araştırma hastanesi, çünkü: .....
5. Özel muayenehane, çünkü: .....
6. Özel poliklinik, çünkü: .....
7. Özel hastane, çünkü: .....
8. Diğer (belirtiniz.....) çünkü: .....

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17 p

20. Son 1 yıl içinde aşağıdakilerden herhangi birine kaç kez başvurunuz oldu?(birden fazla işaretlenebilir)

1. Aile hekimi .....kez
2. Devlet hastanesi (hangilerine).....kez
3. Üniversite hastanesi .....kez
4. Eğitim araştırma hastanesi.....kez
5. Özel muayenehane .....kez
6. Özel poliklinik .....kez
7. Özel hastane .....kez
8. Diğer (belirtiniz.....)kez
9. Başvurum olmadı
10. Hatırlamıyor

21. Son bir yıl içinde hasta olmadığınız halde kontrol/tarama amacıyla doktora ya da sağlık kurumuna hiç gittiniz mi? (AH, KETEM, AÇSAP vs olabilir)

1. Hayır
2. Evet ise nereye .....niçin gittiniz.....?

22. Son bir yıl içinde acil servise hiç başvurduunuz mu?

1. Hayır
2. Evet (..... kez başvurdu) Niçin .....

23. Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı?

1. Hayır
2. Evet  
Neden..... 1. kez .....gün Hangi hastanede?.....  
Neden..... 2. kez.....gün .....  
Neden..... 3. kez.....gün .....

24. Son bir yıl içinde dış hekimine hiç gittiniz mi?

1. Hayır
2. Evet ..... Kez

Kanser Taramaları			
	1. Hayır	2. Evet Nerede	3. Gerekli değil
25. Kolon kanseri için GGK baktırdınız mı? (50 yaş üstü herkese sorulacak)			
26. Meme kanseri açısından ayda bir kendinizi elle muayene eder misiniz? (20 yaş üstü kadınlara sorulacak)			
27. Son 1 yıl içinde meme kanseri açısından herhangi bir sağlık personeli tarafından meme muayenemiz yapıldı mı? (20 yaş üstü kadınlara sorulacak)			
28. Meme kanseri için MMG çektirdiniz mi? (40-69 yaş arası kadınlara sorulacak)			
29. Rahim ağzı kanseri için pap-smear yaptırdınız mı? (30-65 yaş arası kadınlara sorulacak)			
30. Rahim ağzı kanseri için HPV testi yapıldı mı? (30-65 yaş arası kadınlara sorulacak)			

31. Hane içinde verem hastası var mı?

1. Hayır
2. Evet kimde.....

i) Verem hastası ilaçlarını nasıl temin ediyor?

ii) Verem açısından değerlendirilmeniz için sizi (Aile hekiminiz) VSD'ye yönlendirdiler mi?

1. Hayır
2. Evet

32. Hangi bir sağlık personeli ya da kurumu tarafından size aşı (Tetanoz, HBV, İnfluenza, Pnömonok, Zona hastalığına karşı aşılama) yapıldı mı?

1. Hayır
2. Bilmiyorum
3. Evet (yazınız.....)

Hangi Aşı Yapıldı?	Yapıldığı Yer	Notlar

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

**33. Bir aile hekimine (AH) kayıtlı mısınız?**

1. Hayır (56. Soruya geçiniz)
2. Bilmiyorum
3. Evet

**34. Hanedeki diğer tüm bireylerle aynı aile hekimine mi kayıtlısınız?**

1. Hayır ise nedeni.....
2. Bilmiyorum
3. Evet
4. Hanede tek kişi yaşıyor

**35. Aile hekiminin adını biliyor musunuz? .....** (Hekimin adını ve soyadını yazınız)

1. Hayır
2. Evet Sadece adını biliyor .....
3. Evet Adını ve soyadını ikisini de biliyor.....

**36. Aile sağlığı elemanının (Hemşire/ebe/sağlık memuru) adını biliyor musunuz?**

1. Hayır 2. Evet .....
- (ASE'nin adını yazınız)

**37. Aile hekiminiz mahallenize geliyor mu?**

1. Hayır (39. Soruya geçiniz)
2. Bilmiyorum
3. Evet (sıklığı:.....kez) (Hangi gün.....)

**38. Mahallenizde aile hekiminiz ne kadar (kaç saat) kalıyor? /Sizce yeterli mi?**

- ...../ 1. Hayır 2. Evet

**39. Son bir yılda aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız (ebe, hemşire, sağlık memuru) evinize ziyarete geldi mi?**

- AH için** 1. Hayır 2. Evet (sıklığı:.....kez)  
**ASE için** 1. Hayır 2. Evet (sıklığı:.....kez)

**40. Şimdiye kadar hiç aile hekiminizi değiştirdiniz mi?**

1. Hayır, değiştirmedim
2. Değiştirmedim ama değiştirmeyi düşünüyorum **Neden**.....
3. Evet, değiştirdim **Neden**.....

**41. Aile Hekimine muayene/kontrol için hiç başvurduunuz mu?**

1. Hayır →

**42. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız sizinle hiç telefona iletişim kurdu mu?**

1. Hayır
  2. Evet
- Sıklığı nedir?**
1. Bir kez
  2. Sürekli

**(15-49 yaş Kadınsa 56. Soruya geçiniz) Erkekse bitti Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim...**

2. Evet

**43. Aile Hekiminize en son ne zaman başvurduunuz?**

1. Son 3 ay içinde
2. 3- 6 ay içinde
3. 6 ay -1 yıl içinde
4. 1 yıldan uzun

**44. Mevcut hastalığınız için kontrollerinizi aile hekimliğinde yaptınıyor musunuz?**

1. Hayır
2. Evet
3. Kronik hastalığı yok

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/172

45.Son bir yıl içinde AH'den aldığınız hizmetler nelerdir? (Birden fazla cevap işaretlenebilir)

	ASM	Mobil	Evde
1. Muayene			
2.Kontrol			
3.İlaç yazdırma			
4.Tetkik			
5.Enjeksiyon/pansuman			
6.Aile planlaması			
7.Bebek-çocuk izlemi-aşısı için			
8.Gebe-lohusa takibi			
9.Sevk			
10.Rapor almak			
11.Danışmanlık			
12.Diğer.....			

46.Son bir yıl içinde aile hekimliğinde kan basıncınız ölçüldü mü?  
1.Hayır 2. Evet

47.Son bir yıl içinde aile hekimliğinde kan şekeriniz ölçüldü mü?  
1.Hayır 2. Evet

48.Son 5 yıl içinde AH'de serum lipid profili taraması yapıldı mı?  
1. Hayır 2. Evet

49.Son bir yıl içinde AH'de ağırlık/boy/bel çevresi ölçüldü mü?  
1.Hayır 2. Evet

50.Aile hekiminiz ya da Aile sağlığı elemanınız size sağlığı etkileyen risk etmenleri ile ilgili herhangi bir bilgi (sigara, şişmanlık) verdi mi?  
1. Hayır 2. Evet Yazınız.....

51. Herhangi bir hizmet almak için aile hekiminize gittiğinizde beklemeniz gerekiyor mu?  
1.Fazla beklemeden hizmete ulaşıyorum  
2.Biraz fazla beklediğimi düşünüyorum  
3.Çok fazla beklediğimi düşünüyorum  
4.Kararsızım

52. Aile hekiminiz izinli/ görevli olduğu zaman aynı aile sağlığı merkezindeki diğer aile hekimlerinden hizmet almada sorun yaşıyor musunuz?  
1.Böyle bir durumla karşılaşmadım  
2.Evet, problem yaşıyorum (belirtiniz.....)  
3.Hayır, işlerimi her zamanki gibi halledebiliyorum

53. Aile hekiminizin size yaklaşımını nasıl buluyorsunuz?  
1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü

54. Aile sağlığı elemanının size yaklaşımını nasıl buluyorsunuz?  
1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü 5.Çok kötü

55. Aile hekiminizin verdiği hizmetlerden genel olarak memnuniyet durumunuz nedir?  
1.Çok memnunum (Neden.....)  
2.Memnunum (Neden.....)  
3.Kararsızım (Neden.....)  
4.Memnun değilim (Neden.....)  
5.Hiç memnun değilim (Neden.....)

**15-49 kadın haricindekiler için anket bitmiştir.  
Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.**

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17



56. Son bir yıl içinde aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti aldınız mı?  
1. Hayır 2. Evet

57. Aile planlaması yöntemleri hakkında AH ya da ASE sizi hiç bilgilendirdi mi?  
1. Hayır 2. Evet 3. Bilmiyorum/Hatırlamıyorum

58. Kullandığınız bir aile planlaması yöntemi var mı?  
1. Hayır  
i. Hayırsa lütfen nedenini belirtiniz .....

2. Evet

59. Hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?

Yöntem	Hayır	Evet	Ne kadar Süredir?
1)Geri çekme			
2)Takvim			
3)Kondom			
4)Hap			
5)İğne			
6)Spiral /RIA			
7)Tüp ligasyonu			
8)Vazektomi			
9) Diğer			

60. Son 6 yıl içinde gebeliğiniz oldu mu?  
1. Evet 2. Hayır

**Evetse gebelik ve bebek-çocuk formu doldurulacak.**  
**Hayırsa anket bitmiştir...**  
**Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim...**

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/13

Tarih:

Anket No:

**KIRSAL ALANDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:  
BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

**GEBELİK ÖYKÜSÜ ANKET FORMU**

Görüşülen kişinin adı:			
GEBELİK ÖYKÜSÜ (Son 6 yılda)	1.gebelik	2.gebelik	3. gebelik
1.Gebeliğinizi öğrendiğinizde kaç haftalıktı?.....			
2. Bu gebeliğinizi nerede öğrendiniz? 1.Aile hekimliğinde 2.Hastanede 3.Evde kendim test yaptım 4.Laboratuarda 5.Diğer.....			
3.Aile hekiminizin gebeliğinizden haberi oldu mu? 1. Hayır 2.Evet			
4.Ne şekilde haberi oldu? 1. Testi aile hekimliğinde yaptırdığım için 2. Gebeliğimi öğrenince aile hekimine giderek kayıt oldum 3. Başka bir nedenle aile hekimine gidince haberi oldu 4. Aile sağlığı elemanı eve ziyarete geldiği zaman 5. Diğer.....			
5.Gebelik öncesi izlem yapıldı mı?			
6.Gebelik öncesi izleminiz yapıldıysa nerde yapıldı?			
7.Gebelik öncesi izleminiz yapıldıysa kim tarafından yapıldı?			
8.Gebelikte izlem yapıldı mı? 1. Hayır 2. Evet			
9.Gebelikte izleminiz yapıldıysa nerde yapıldı? 1. Özel hastanede 2. Doğum Evinde 3. Aile Sağlığı Merkezinde 4. Diğer			
10.Gebelik izleminiz yapıldıysa kim tarafından yapıldı? 1. Sadece Kadın Doğumcuda 2. Hem Kadın Doğumcu, hem de ASM/mobil/evde ASE/AH 3. Sadece ASM'de/mobilde /evde ASE/AH			
11.Gebelik izleminiz ne sıklıkla yapıldı?			
12.Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? 1.Hayır 2. Evet			
13.Doğumunuz nerde gerçekleşti? 1. Evde 2. Devlet Hastanesi 3. Özel Hastane 4. Diğer			
14.Lohusalık döneminde aile hekiminiz/ aile sağlığı elemanınız tarafından sağlık kontrolleriniz yapıldı mı? 1.Hayır, yapılmadı 2.Evet, yapıldı.....kez			
15.Lohusalık döneminde aile hekiminiz/ aile sağlığı elemanınız tarafından lohusalık- emzirme- aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirildiniz mi? 1. Evet, hepsi hakkında bilgilendirildim 2. Evet, ama sadece.....hakkında bilgilendirildim. 3. Hayır, bilgilendirilmedim.			
16.Gebelik ve lohusalık döneminde aile sağlığı elemanı (ebe vs) eve ziyarete geldi mi? 1. Hayır gelmedi 2. Gelmiş ama evde bulamayınca not bırakmış 3. Evet, geldi			

0-6 YAŞ ÇOCUĞUNUZ VARSA A-6 YAŞ ANKETİNİ DOLDURUNUZ.

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

Tarih:

Anket No:

**KIRSAL ALANDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:**  
**BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

**BEBEK/0-6 YAŞ ÇOCUK ANKET FORMU**

Görüşülen kişinin adı:

Bilgisi alınan kişinin adı:

<b>1. Cinsiyet:</b> 1. Kadın 2. Erkek				
<b>2. Kaç aylık.....</b>				
<b>3. Sosyal güvencesi (Genel Sağlık Sigortası) var mı?</b> 1. Yok 2. Var ise nedir?.....				
<b>4. Doktor tarafından teşhis edilmiş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?</b> (Kronik hastalıklar listesine bakılacak) 1. Hayır 2. Bilmiyor 3. Evet				
Kronik Hastalık	Son 3-6 ay içerisinde mevcut hastalığınız için kontrol amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?		Kullanılan ilaç	
	Hayır	10.2. Evetse nerede?	Hayır	Evetse ne kullanıyor? (Kontrol edilecek)
1.				
2.				
<b>5. Son 15 gün için sağlığını nasıl tanımlarsınız?</b> 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü				
<b>6. En son ne zaman hastalandı? .....</b>				
<b>7. En son hastalandığında herhangi bir sağlık kurumuna gittiniz mi?</b> 1. Hayır (14. soruya geçiniz) i) 11.1 Ne yaptınız?..... ii) 11.2 Neden bir sağlık kuruluşuna başvurmadınız?..... 2. Evet				
<b>8. En son sağlık kurumu başvurunuzu hangi kuruma yaptınız?</b> .....				
<b>9. En sondan bir önceki sağlık kurumu başvurunuzu hangi kuruma yaptınız?</b> .....				
<b>10. Son 1 yıl içinde hasta olduğu halde ödeme güclüğü nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?</b> 1. Hayır 2. Evet				
<b>11. Son 1 yıl içinde hasta olduğu halde ulaşım güclüğü nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?</b> 1. Hayır 2. Evet				
<b>12. Son 1 yıl içinde ilaç kullanması gerektiği halde ilaca ulaşmakta sıkıntı yaşadığınız oldu mu?</b> 1. Hayır 2. Evet, maddi imkanım olmadığı için ilaç alamadım 3. Evet, eczaneye ulaşım sorunum olduğu için ilaç alamadım 4. Diğer.....(yazınız)				
<b>13. Herhangi bir sağlık problemi olduğunda, İlk hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz? (tek şık işaretleyiniz)</b> 1. Aile hekimi, çünkü: ..... 2. Devlet hastanesi, çünkü: ..... 3. Üniversite hastanesi, çünkü: ..... 4. Eğitim araştırma hastanesi, çünkü: ..... 5. Özel muayenehane, çünkü: ..... 6. Özel poliklinik, çünkü: ..... 7. Özel hastane, çünkü: ..... 8. Diğer (belirtiniz.....) çünkü: .....				

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

**14. Son 1 yıl içinde aşağıdakilerden herhangi birine kaç kez başvurusu oldu?(birden fazla işaretlenebilir)**

1. Aile hekimi .....kez  
2. Devlet hastanesi (hangilerine).....kez  
3. Üniversite hastanesi .....kez  
4. Eğitim araştırma hastanesi.....kez  
5. Özel muayenehane .....kez  
6. Özel poliklinik .....kez  
7. Özel hastane .....kez  
8. Diğer (belirtiniz.....)kez  
9. Başvurum olmadı  
10. Hatırlamıyor

**15. Son bir yıl içinde hasta olmadığı halde kontrol/tarama amacıyla doktora ya da sağlık kurumuna gittiniz mi? (AH olabilir)**

1. Hayır 2. Evet ise nereye .....  
niçin gittiniz.....?)

**16. Son bir yıl içinde acil servise hiç başvurdu mu?**

1. Hayır 2. Evet (..... kez başvurdu) Niçin .....

**17. Son bir yıl içinde hastanede yattı mı?**

1. Hayır 2. Evet  
Neden.....  
1. kez .....gün Hangi hastanede?.....  
2. kez .....gün .....  
3. kez .....gün .....

**18. Son bir yıl içinde dış doktoruna gitti mi?**

1. Hayır 2. Evet ..... Kez

**19. Bir aile hekimine (AH) kayıtlı mı?**

1. Hayır  
2. Bilmiyorum  
3. Evet

**20. Sizinle aynı aile hekimine mi kayıtlı?**

1. Hayır  
2. Evet  
3. Bilmiyorum  
4. Aile hekiminde kaydı yok

**21. Son bir yılda aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız (ebe, hemşire, sağlık memuru) evinize ziyarete geldi mi?**

AH için 1. Hayır 2. Evet (sıklığı:.....kez)  
ASE için 1. Hayır 2. Evet (sıklığı:.....kez)

**22. ASE çocuğunuzu düzenli takip ediyor mu?**

1. Hayır 2. Evet

**Ne sıklıkla takip ediyor? .....**

1. (7.Gün)	2. (15.Gün)	3. (41.Gün)	4. (2.Ay)	5. (3. Ay)	6. (4. Ay)	7. (6.Ay)	8. (9.Ay)
9. (12.Ay)	10. (18.Ay)	11. (24.Ay)	12. (30.Ay)	13. (36.Ay)	14. (48.Ay)	15. (60. Ay)	16. (72.Ay)

**23. Şimdiye kadar hiç aile hekimini değiştirdiniz mi?**

1. Hayır, değiştirmedim  
2. Değiştirmedim ama değiştirmeyi düşünüyoruz Neden.....  
3. Evet, değiştirdik Neden.....

**24. Aile Hekimine muavene/kontrol için hiç başvurduğunuz mu?**

1. Hayır → Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız son 1 yılda sizinle hiç telefonla iletişim kurdu mu?  
1. Hayır  
2. Evet Sıklığı nedir? 1. Bir kez 2. Sürekli

↓  
**29. soruya geçiniz...**

2. Evet (Devam ediniz)

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

**26. Aile Hekimine en son ne zaman başvurduunuz?**  
 1. Son 3 ay içinde  
 2. 3- 6 ay içinde  
 3. 6 ay -1 yıl içinde  
 4. 1 yıldan uzun

**27. Mevcut hastalığı için kontrollerini aile hekimliğinde yaptıyor musunuz?**  
 1. Hayır 2. Evet 3. Kronik hastalığı yok

**28. Son bir yıl içinde AH'den aldığı hizmetler nelerdir? (Birden fazla cevap işaretlenebilir)**

	ASM	Mobil	Evde
1. Muayene			
2. Kontrol			
3. İlaç yazdırma			
4. Tetkik			
5. Enjeksiyon/pansuman			
6. Bebek-çocuk izlemi-aşısı için			
7. Sevk			
8. Danışmanlık			
9. Diğer.....			

**29. Aile hekiminizin ya da aile sağlığı elemanınız çocuğunuzun sağlık izlemleri (boy-kilo-baş çevresi ölçümleri) için sizi kuruma davet ediyor mu/etti mi?**  
 1. Hayır 2. Evet

**30. Çocuğunuzun sağlık izlemleri (boy-kilo-baş çevresi ölçümleri) için genelde nereyi kullanıyorsunuz/kullandınız?**  
 1. Aile hekimi  
 2. Özel poliklinik/hastane  
 3. Devlet hastanesi  
 4. Üniversite hastanesi

**31. Aile hekiminizin ya da aile sağlığı elemanınız aşılarını yaptırmanız gereken vakti haber veriyor mu?**  
 1. Evet 2. Hayır

**32. Aşıları düzenli yapıyor mu/yapıldı mı?**  
 1. Evet 2. Hayır (Hayır ise nedeni.....)

**33. Çocuğunuzun aşılarını genelde nerede yaptırınız/yaptırdınız?**  
 1. Aile hekimi  
 2. Özel poliklinik/hastane  
 3. Devlet hastanesi  
 4. Üniversite hastanesi

**34. Çocuğunuzun aşılarını aile hekimi yapıyorsa nerde yapıyor/yaptı?**  
 1. ASM  
 2. Gezici hizmette  
 3. Evde

**35. Aşı kartı var mı?**  
 1. Hayır 2. Evet (a. Görülemedi  
 b. Görüldü (uygun mu? 1. Tam aşıyla ya da aşıları eksik)

AŞI TAKVİMİ										
	Doğumda	1. Ayın Sonu	2. Ayın Sonu	4. Ayın Sonu	6. Ayın Sonu	12. Ayın Sonu	18. Ayın Sonu	24. Ayın Sonu	İlköğretim 1. Sınıf	İlköğretim 8. Sınıf
Hepatit B	I	II			III					
DaBT-İPA-Hib			I	II	III		R			
KFA			I	II	III	R				

Uludağ Üniversitesi  
 Tıp Fakültesi  
 Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
 tarafından onaylanmıştır.  
 Tarih : 04.11.2016  
 Karar No : 2016-18/17

Tarih:

Anket No:

**KIRSAL ALANDA BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:**  
**BURSA İLİ ÖRNEĞİ**

**7-14 YAŞ COÇUK ANKET FORMU**

Görüşülen kişinin adı:

Bilgisi alınan kişinin adı:

**1. Cinsiyet:**

1. Kadın 2. Erkek

**2. Doğum Yılı ?.....**

**3. Öğrenim durumunuz?.....**

1. Okur-yazar değil  
2. Okur-yazar  
3. İlkokul mezunu  
4. Ortaokul/ilköğretim mezunu

**4. Sosyal güvencesi (Genel Sağlık Sigortanız) var mı?**

1. Yok 2. Var ise nedir?.....

**5. Herhangi bir kronik hastalığı var mı? (Kronik hastalıklar listesine bakılacak)**

1. Hayır  
2. Bilmiyor  
3. Evet

Kronik Hastalık	5.1 3-6 ay içerisinde mevcut hastalığınız için kontrol amacıyla sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?		Kullanılan ilaç	
	Hayır	Evitse Nerede?	Hayır	Evitse ne kullanıyor? (İlaç ismi kontrol edilecek)
1.				
2.				
3.				

**6. Son 15 gün için sağlığını nasıl tanımlarsınız?**

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

**7. En son ne zaman hastalandı? .....**

**8. En son hastalandığında herhangi bir sağlık kurumuna gittiniz mi?**

1. Hayır (14.ü soruya geçiniz)  
i) 11.1 Ne yaptınız?.....  
ii) 11.2 Neden bir sağlık kuruluşuna başvurmadınız?.....  
2. Evet

**9. En son hastalandığında sağlık kurumu başvurunuzu hangi kuruma yaptınız?**

.....

**10. Daha önceki hastalandığında sağlık kurumu başvurunuzu hangi kuruma yaptınız?**

.....

**11. Son 1 yıl içinde hasta olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?**

1. Hayır 2. Evet

**12. Son 1 yıl içinde hasta olduğu halde ulaşım güçlüğü nedeniyle, sağlık hizmeti kullanmaktan vazgeçtiğiniz oldu mu?**

1. Hayır 2. Evet

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17

**13. Son 1 yıl içinde ilaç kullanması gerektiği halde ilaca ulaşmakta sıkıntı yaşadığınız oldu mu?**

1. Hayır
2. Evet, maddi imkanım olmadığı için ilaç alamadım
3. Evet, eczaneye ulaşım sorunun olduğu için ilaç alamadım
4. Evet, Diğer.....(yazınız)

**14. Herhangi bir sağlık problemi olduğunda, ilk hangi sağlık kuruluşuna başvuruyorsunuz? (tek şık işaretle)**

1. Aile hekimi, çünkü: .....
2. Devlet hastanesi, çünkü: .....
3. Üniversite hastanesi, çünkü: .....
4. Eğitim araştırma hastanesi, çünkü: .....
5. Özel muayenehane, çünkü: .....
6. Özel poliklinik, çünkü: .....
7. Özel hastane, çünkü: .....
8. Diğer (belirtiniz.....) çünkü: .....

**15. Son 1 yıl içinde aşağıdakilerden herhangi birine kaç kez başvurusu oldu?(birden fazla cevap işaretlenebilir)**

1. Aile hekimi .....kez
2. Devlet hastanesi (hangilerine)..... kez
3. Üniversite hastanesi .....kez
4. Eğitim araştırma hastanesi..... kez
5. Özel muayenehane .....kez
6. Özel poliklinik .....kez
7. Özel hastane .....kez
8. Diğer (belirtiniz.....)kez
9. Başvurum olmadı
10. Hatırlamıyor

**16. Son bir yıl içinde hasta olmadığı halde kontrol/tarama amacıyla herhangi bir doktora ya da sağlık kurumuna gittiniz mi? (AH, KETEM, AÇSAP vs olabilir)**

1. Hayır
2. Evet ise nereye .....niçin gittiniz.....?)

**17. Son bir yıl içinde acil servise hiç başvurdu mu?**

1. Hayır
2. Evet (..... kez başvurdu) Niçin .....

**18. Son bir yıl içinde hastanede yattı mı?**

1. Hayır
2. Evet  
Neden.....  
1. kez .....gün Hangi hastanede?.....  
2. kez.....gün .....  
3. kez.....gün .....

**19. Son bir yıl içinde dış doktoruna gitti mi?**

1. Hayır
2. Evet ..... Kez

**20. Bir aile hekimine (AH) kayıtlı mı?**

1. Hayır (57. Soruya geçiniz)
2. Bilmiyorum
3. Evet

**21. Hanedeki diğer tüm bireylerle aynı aile hekimine mi kayıtlı?**

1. Hayır ise nedeni.....
2. Bilmiyorum
3. Evet

**22. Son bir yılda aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız (ebe, hemşire, sağlık memuru) çocuğunuz için evinize ziyarete geldi mi?**

- AH için** 1. Hayır 2. Evet (sıklığı:.....kez)  
**ASE için** 1. Hayır 2. Evet (sıklığı:.....kez)

Uygüçer Üniv. Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır.  
Tarih: 01.11.2016  
Kerem Nispet 2016/18/17 P

23. Şimdiye kadar hiç aile hekimini değiştirdi mi?

1. Hayır, değiştirmedim
2. Değiştirmedim ama değiştirmeyi düşünüyorum Neden.....
3. Evet, değiştirdi Neden.....

24. Aile Hekimine muayene/kontrol için çocuğunuzla ilgili hiç başvurduunuz mu?

1. Hayır →

25. Aile hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız çocuğunuzla ilgili son 1 yılda hiç telefonla iletişim kurdu mu?

1. Hayır
  2. Evet
- Sıklığı nedir? 1. Bir kez 2. Sürekli

→ (34. soruya geçiniz)

2. Evet

26. Aile Hekimine en son ne zaman başvurdu?

1. Son 3 ay içinde
2. 3-6 ay içinde
3. 6 ay -1 yıl içinde
4. 1 yıldan uzun

27. Mevcut hastalığı için kontrollerini aile hekimliğinde yaptırıyor mu?

1. Hayır
2. Evet
3. Kronik hastalığı yok

28. Son bir yıl içinde AH'den aldığı hizmetler nelerdir? (Birden fazla cevap işaretlenebilir)

	ASM	Mobil	Evde
1. Muayene			
2. Kontrol			
3. İlaç yazdırma			
4. Tetkik			
5. Enjeksiyon/pansuman			
6. Sevk			
7. Rapor almak			
8. Danışmanlık			
9. Diğer.....			

29. Son bir yıl içinde aile hekimliğinde kan basıncı ölçüldü mü?

1. Hayır
2. Evet

30. Son bir yıl içinde AH'de ağırlık/boy/bel çevresi ölçüldü mü?

1. Hayır
2. Evet

31. AH'niz ya da ASE sağlığı etkileyen risk etmenleri ile ilgili herhangi bir bilgi (sigara, şişmanlık) verdi mi?

1. Hayır
2. Evet Yazınız.....

32. Aile Hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız çocuğunuzun 1. Sınıf okul aşıları hakkında size bilgi verdi mi?

- a. Hayır
- b. Evet

33. Aile Hekiminiz ya da aile sağlığı elemanınız çocuğunuzun 8. Sınıf okul aşıları hakkında size bilgi verdi mi?

- a. Hayır
- b. Evet

34. 1. Sınıftayken aşıları yapıldı mı?

- a. Hayır
- b. Evet
- c. Bilmiyorum
- d. Yapılma yaşından küçük

35. 8. Sınıftayken aşıları yapıldı mı?

- a. Hayır
- b. Evet
- c. Bilmiyorum
- d. Yapılma yaşından küçük

**Anket Bitmiştir. Teşekkür ederim....**

Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
tarafından onaylanmıştır  
Tarih : 01.11.2016  
Karar No : 2016-18/17 F



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışma s¼recimde desteğini ve sabrını esirgemeyen, baŐta tez danıŐmanım Prof. Dr. Kayıhan Pala olmak üzere, Doç. Dr. Emel İrgil, Doç. Dr. Nalan AkıŐ, Doç. Dr. Alpaslan T¼rkkan ve Uzm. Dr. Harika Gerçek'e teŐekk¼rlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim ve tez s¼recimde her açıdan yardımcı olan sekreterimiz Mukadder Ekin ile Hatice AkkuŐ'a, hemŐiremiz Sevda elik oban'a ve Araştırma G¼revlisi Dr. arkadaşlarıma; bug¼nlerime gelebilmemi sağlayan, maddi ve manevi desteklerini bir an olsun esirgemeyen aileme sonsuz teŐekk¼r¼ bir borç bilirim.

## ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Konya'da doğdum. 2004 yılında başladığım Isparta Süleyman Demirel Tıp Fakültesi'nden 2011 yılında mezun oldum. 2011 yılında Çankırı Ilgaz Devlet Hastanesi Acil Servisinde göreve başladım. 2013 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladım.

